

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра «Управление персоналом и психологии»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Социальная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями

Направление подготовки 39.03.03 Организация работы с молодежью

Профиль подготовки Организация работы с молодежью на региональном и муниципальном уровне

Квалификация (степень) выпускника бакалавр

Форма обучения очная

СОДЕРЖАНИЕ

1. Конспект лекций	4
1.1 Лекция № 1 Теоретические подходы к реабилитации.....	4
1.2 Лекция № 2 Теоретические парадигмы инвалидности	8
1.3 Лекция № 3 Методологические основы социальной реабилитации инвалидов....	13
1.4 Лекция № 4 Нормативно-правовые основы социальной реабилитации инвалидов.....	18
1.5 Лекция № 5 Подходы к типологии инвалидности.....	20
1.6 Лекция № 6 Социальная среда и личность	25
1.7 Лекция № 7 Активность личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....	28
1.8 Лекция № 8 Развитие личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....	31
1.9 Лекция № 9 Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в системе межличностных отношений.....	35
1.10 Лекция № 10 Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений.....	41
1.11 Лекция № 11 Общение как важнейший компонент социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	44
1.12 Лекция № 12 Специалист по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как профессионал.....	47
1.13 Лекция № 13 Основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов.....	50
1.14 Лекция № 14 Технологии социальной реабилитации инвалидов по зрению.....	54
1.15 Лекция № 15 Технологии социальной реабилитации инвалидов по слуху	60
1.16 Лекция № 16 Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии	66
1.17 Лекция № 17 Профилактическая реабилитация детей с ограниченными возможностями	72
2. Методические указания по проведению семинарских занятий	76
2.1 Семинарское занятие № С-1, 2 Теоретические подходы к реабилитации.....	76
2.2 Семинарское занятие № С-3 Теоретические парадигмы инвалидности.....	77
2.3 Семинарское занятие № С-4 Методологические основы социальной реабилитации инвалидов.....	77

2.4 Семинарское занятие № С-5 Нормативно-правовые основы социальной реабилитации инвалидов.....	77
2.5 Семинарское занятие № С-6 Подходы к типологии инвалидности.....	78
2.6 Семинарское занятие № С-7 Социальная среда и личность	
2.7 Семинарское занятие № С-8 Активность личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....	78
2.8 Семинарское занятие № С-9 Развитие личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....	78
2.9 Семинарское занятие № С-10, 11 Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в системе межличностных отношений.....	79
2.10 Семинарское занятие № С-12 Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений.....	79
2.11 Семинарское занятие № С-13, 14 Общение как важнейший компонент социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	80
2.12 Семинарское занятие № С-15 Специалист по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как профессионал.....	81
2.13 Семинарское занятие № С-16 Основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов.....	81
2.14 Семинарское занятие № С-17 Психолого-педагогические основы социальной реабилитации инвалидов.....	81
2.15 Семинарское занятие № С-18 Раннее вмешательство как исходная основа социальной реабилитации инвалидов.....	81
2.16 Семинарское занятие № С-19, 20 Технологии социальной реабилитации инвалидов по зрению.....	81
2.17 Семинарское занятие № С-21, 22 Технологии социальной реабилитации инвалидов по слуху.....	82
2.18 Семинарское занятие № С-23 Технологии социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	82
2.19 Семинарское занятие № С-24 Технологии социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития.....	82
2.20 Семинарское занятие № С-25 Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии.....	83
2.21 Семинарское занятие № С-26 Современные концепции реабилитации.....	83
2.22 Семинарское занятие № С-27 Профилактическая реабилитация детей с ограниченными возможностями.....	83

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1. 1 Лекция № 1 (4 часа).

Тема: «Теоретические подходы к реабилитации»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Основные понятия термина «реабилитация».
2. Виды реабилитации.
3. Понятие и характеристика социальной реабилитации.
4. Реабилитация как технология социальной работы.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Основные понятия термина «реабилитация».

Значительная часть детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу.

В последние годы в нашей стране стало более заметным стремление к тому, чтобы изменить сложившуюся ситуацию с обучением и воспитанием детей-инвалидов в лучшую сторону. Приняты на государственном уровне соответствующие законодательные акты. Складывается система нового вида специализированных учреждений — реабилитационных центров, позволяющих комплексно решать многие проблемы. Начала осуществляться подготовка специалистов, призванных обеспечивать социальную реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья.

Однако проблема обучения, воспитания и реабилитации детей-инвалидов остается сложной. Сказывается теоретическая ограниченность подходов к развитию специального образования, имевшая место в прошлом по идеологическим соображениям. По этой причине забыты прогрессивные научные взгляды на личность ребенка с нарушением развития, разработанные в 20—30-е годы и успешно используемые в зарубежной практике. Не пошло на пользу игнорирование опыта по социальной реабилитации таких детей в других странах, особенно в капиталистических. К сдерживанию поиска и обоснования новых форм в реабилитации детей-инвалидов привела односторонняя ориентация на их обучение, в основном, в специализированных учреждениях. В результате приходится констатировать, что сегодня в России теория обучения детей с отклонениями в развитии значительно отстает от практики.

Чтобы преодолеть негативные тенденции в подготовке названной категории детей к интеграции в общество, требуется разработка новых теоретических подходов к их обучению, воспитанию и организации всей жизнедеятельности, вытекающих из глубокого анализа современных проблем специального образования как в нашей стране, так и за рубежом. Причем, эта задача должна решаться с учетом всего комплекса медицинских, педагогических, экономических, социальных, социально-психологических и других проблем, касающихся социальной защиты детей-инвалидов, их обучения, воспитания, реабилитации и адаптации в социальную среду, а также изменившихся социально-экономических условий жизни общества.

Важное место в комплексе названных составляющих компонентов подготовки детей-инвалидов к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная деятельность — сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе

комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Основная ее задача — обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах. Названные закономерности изучает психология. Следовательно, психология по отношению к социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями выступает как дисциплина, составляющая ее научную основу. Без учета закономерностей психического и личностного развития ребенка социально-реабилитационная деятельность будет представлять лишь свод правил и приемов, лишенных конкретного содержания.

2. Виды реабилитации.

Понятие «**социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья**» можно рассматривать в различных его вариантах: как процесс, как конечный результат и как деятельность. ***Социальная реабилитация как процесс*** представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация постоянно возникающих в ходе взаимодействия с ребенком тактических задач на пути к достижению стратегической цели — восстановления его социального статуса, формирования устойчивой к травмирующим ситуациям личности, способной успешно интегрироваться в общество. Процесс социальной реабилитации осуществляется под руководством специалиста в этой области, протекает, как и педагогический процесс, в специально организованных условиях, в ходе которых используются различные формы, методы и специальные средства воздействия на ребенка.

Социальная реабилитация как конечный результат — это достижение ее конечных целей, когда человек, имеющий ограниченные возможности здоровья, после прохождения комплексной реабилитации в соответствующих реабилитационных учреждениях, вливается в социально-экономическую жизнь общества и не ощущает своей неполноценности.

Социальная реабилитация как деятельность относится в равной мере как к личности специалиста, являющейся ее организатором, так и к личности ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нем как субъект деятельности и общения. ***Социально-реабилитационная деятельность*** — это *целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ограниченными возможностями здоровья в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий*. Названный вид деятельности требует от специалиста по социальной реабилитации глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств, уверенности в том, что ребенок,отягощенный дефектом развития, может стать полноценной личностью

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями как процесс и как деятельность по своему строению и целям близка педагогическому процессу и педагогической деятельности и ее можно рассматривать как **их разновидность**. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, — обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребенка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли. В этой связи едиными являются и большинство понятий, используемых в равной мере как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.).

К числу других важных особенностей социально-реабилитационного процесса следует отнести то, что, в отличие от педагогического процесса, его обязательным

условием является, во-первых, проведение диагностического обследования ребенка, с учетом результатов которого и строится реабилитационный процесс, во-вторых, осуществляется он в неразрывном единстве с проведением медицинских мероприятий (медицинская реабилитация), психической и педагогической реабилитациями и социальной адаптацией.

В ходе **медицинской реабилитации** ребенок проходит курс лечебных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения к активной самостоятельной жизни.

Психическая реабилитация лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями предполагает проведение комплекса психологических мероприятий, ориентированных на коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний. Возвращение к психическому здоровью в процессе психической реабилитации предусматривает устранение нежелательных установок, неуверенности в своих силах, чувства тревоги и страха. Процесс психической реабилитации требует создания специальных условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (досуг, общение, диспансеризация).

В процессе педагогической реабилитации с помощью системы методов и приемов обучения, воспитания и развития решаются вопросы восстановления, коррекции и компенсации утраченных и нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального). Кроме того, в этом процессе ребенок усваивает основы научных знаний и вырабатывает соответствующие навыки и умения, постигает опыт человеческих отношений и жизни в обществе; азы бытовых (культура внутрисемейных отношений); деловых (культура профессиональных отношений); правовых и политических стереотипов поведения.

В тесной связи с медицинской, психологической и педагогической реабилитацией находится процесс социальной адаптации. **Социальная адаптация** — постоянное, активное приспособление индивида к условиям социальной среды, а также результат этого процесса. Хотя социальная адаптация идет непрерывно, этот процесс обычно связывается с периодами кардинальных изменений в жизни и деятельности индивида и его окружения. Центральным аспектом социальной адаптации является принятие индивидом социальной роли.

3. Понятие и характеристика социальной реабилитации.

Комплексная реабилитация ребенка-инвалида, таким образом, понимается как «процесс и система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Ее цель определяется как «восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация».

Задачи реабилитации детей-инвалидов решаются в основном в системе специальных учебных заведений или реабилитационных учреждений, предназначенных для проведения медико-социальной реабилитации, где организация учебного процесса и процесса реабилитации определяются особенностями их аномального развития. К основным типам реабилитационных учреждений относятся: реабилитационно-экспертные, реабилитационно-образовательные, реабилитационно-производственные, реабилитационно-медицинские и реабилитационно-социальные учреждения.

Процесс реабилитации в реабилитационных учреждениях осуществляется в соответствии с реабилитационными программами, разработанными на основе государственных реабилитационных стандартов.

Действующая в стране система специального образования детей с отклонениями в умственном и физическом развитии имеет положительный опыт создания благоприятных условий для коррекции дефекта. В то же время, как показывает анализ ее деятельности, на фоне этих достижений существенно страдает общая образовательная подготовка ребенка и умение работать с ним как с развивающейся личностью. Не получив качественного образования и не выработав личностных свойств, необходимых для самостоятельной жизни в современном мире, человек, имеющий стойкие функциональные нарушения, изначально не конкурентоспособен на рынке труда.

Накопленный в последние годы опыт работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, свидетельствует о том, что существует более эффективный путь компенсации дефекта. Такая возможность возникает тогда, когда акцент в работе с ребенком делается не на дефект как таковой, а на выявление и развитие его личностных качеств и способностей, а «компенсация дефекта» в такой ситуации становится как бы побочным результатом.

Одним из направлений такой работы является социальная реабилитация, которая приобретает все большее значение в современном обществе. Ее основная задача — восстановление социального статуса ребенка и включение его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого соответствующих условий.

Социальная реабилитация немыслима без понимания психологических особенностей развития личности ребенка. В процессе взаимодействия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, возникает немало проблем, связанных с влиянием на развивающуюся личность огромного количества внешних и внутренних факторов. Чтобы эффективно управлять этим процессом, надо знать их специфику, положительные и негативные стороны, предвидеть результаты воздействия и своевременно вносить коррективы.

4. Реабилитация как технология социальной работы.

Получение информации о состоянии и развитии ребенка с ограниченными возможностями может преследовать решение двух задач: научно-исследовательской и практической.

В ходе реализации научно-исследовательской задачи результаты исследований используются в следующих целях:

- выявления и обоснования общих закономерностей и особенностей развития личности ребенка в условиях организованного социально-реабилитационного процесса;
- определения условий, обеспечивающих наибольший эффект развития психики и личности ребенка;
- выявление возможностей учета дефекта развития, индивидуальных и возрастных особенностей в практике социальной реабилитации;
- поиска наиболее оптимальных взаимоотношений между специалистом по социальной реабилитации и ребенком, а также между детьми в системе межличностных отношений;
- определения социально-психологических особенностей социально-реабилитационной деятельности и личности специалиста по социальной реабилитации и др.

Решение практических задач изучения ребенка тесно связано с задачами психологической диагностики. В ходе ее реализации предполагается получение своевременной объективной информации с целью:

- установления обратной связи и контроля за развитием личности ребенка;
- определения уровня психического и личностного развития;
- оценки результативности предпринимаемых воспитательных и социально-реабилитационных воздействий;
- предсказания (прогнозирование) особенностей развития ребенка на ближайшую и дальнюю перспективы;

— разработки программы социализации, развития и коррекции личностных качеств с учетом данных социально-психологического обследования ребенка.

Изучение ребенка предполагает оказание ему конкретной помощи. Поэтому диагностическая работа теснейшим образом связана с развивающей и коррекционной работой. Она является основой, на базе которой строится взаимодействие с ребенком в различных направлениях его жизнедеятельности.

Чтобы диагностическая информация о ребенке, имеющем ограниченные возможности, была достаточно полной и надежной, в практике изучения детей используются следующие типы данных:

1. *Жизненные показатели.* Их получают путем изучения результатов медицинского обследования ребенка, регистрации тех или иных психических и поведенческих реакций и проявлений в реальной жизни в различных видах деятельности и общения. Если это школьник, то анализируются также показатели учебной деятельности. Важное место в сборе данного типа информации занимают экспертные оценки тех лиц, которые хорошо знают ребенка: учителей, воспитателей, родителей и др.

2. *Показатели, полученные с помощью методов, построенных на основе самооценки.* Эти данные можно собрать в ходе беседы с ребенком и при проведении опроса с помощью анкет и опросников. Полученная таким образом информация может иметь определенные искажения по причине низкого уровня развития ребенка, а также смыслового барьера, который может возникнуть в ходе беседы, особенностей его мотивационной сферы как в сторону социальной желательности, так и в сторону подчеркивания ребенком своих дефектов. Чтобы учесть или устранить эти недостатки, рекомендуется в ходе беседы использовать дублирующие вопросы, а для придания большей надежности анкетам могут быть предусмотрены шкалы лжи и коррекции.

3. *Данные, полученные с помощью объективных тестов и тестовых заданий, проводимых в строго контролируемых условиях,* когда изучаемый ребенок или подросток не знает, на оценку какой характеристики направлена диагностическая процедура. Объективность результата достигается, во-первых, путем введения ограничений на возможные искажения тестовых оценок и, во-вторых, с помощью использования объективного способа получения оценок по реакциям изучаемых детей.

1. 2 Лекция № 2 (2 часа).

Тема: «Теоретические парадигмы инвалидности»

1.2.1 Вопросы лекции:

1. Понятия: «инвалид», «ребенок-инвалид», «люди с ограниченными возможностями».
2. Ограничение жизнедеятельности человека как социальная проблема.
3. Социальные проблемы инвалидов.
4. Модели инвалидности.

1.2.2 Краткое содержание вопросов:

1. Понятия инвалид, ребенок инвалид, люди с ограниченными возможностями

В настоящее время, понятие «инвалид» не имеет четкого определения в силу постоянно меняющихся условий социальной среды и временного пространства. Понятие постоянно эволюционирует в рамках социального и медицинского подходов к определению «инвалид». Тем не менее, позволим себе дать следующее определение данному явлению, основанное на Законе РФ «О социальной защите инвалидов в РФ», принятом в ноябре 1995 г.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В связи с этим, и термин «инвалидность» в современном понимании уже не имеет раз и навсегда определенного и статичного значения. Концепция инвалидности динамично развивается по мере эволюции общественной идеологии, что устраняет необходимость в унифицированном каноническом определении инвалидности.

В условиях постоянно меняющегося отношения общества к инвалидности как к социальному явлению принятие единой формулировки понятия «инвалидность» больше не представляется возможным.

Тем не менее, общеупотребительное актуальное на настоящем этапе значение термина «инвалидность» можно сформулировать следующим образом:

Инвалидность означает наблюдающиеся у человека функциональные расстройства физического, психического или умственного характера, в связи с которыми человек нуждается в специальных компенсационных мерах для того, чтобы иметь возможность жить полноценной жизнью наравне с другими гражданами. Ребенок инвалид. Это понятие можно разделить на две категории. В первую из них входят дети, у которых наблюдается врожденное нарушение работы разных органов чувств; дети, наделенные физическими недостатками; умственно отсталые ребята. Врачи и ученые убеждены, что такие дети обладают громадным потенциалом, практически все они владеют какими-то талантами – конечно, при условии, что их любят, с ними занимаются, им уделяют достаточно внимания. Если такие дети гармонично развиваются и им удается более-менее успешно адаптироваться в обществе своих сверстников – это оказывает самое положительное влияние на состояние их здоровья. Во вторую категорию входят дети, потерявшие здоровье после долгой болезни. Такой ребенок нуждается в постоянном внимании медицинских работников и педагогов.

2. Ограничение жизнедеятельности человека как социальная проблема

Ограничения жизнедеятельности выражаются в полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Под способностью или возможностью к самообслуживанию понимается способность справляться с основными физиологическими потребностями, такими как личная гигиена, одевание, прием пищи и т.п.

Под способностью к ориентации понимается способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде при использовании сознания и анализаторов — слуха, зрения, обоняния, осязания.

Степень снижения имеет несколько градаций:

1-я степень — компенсации имеющегося снижения за счет использования вспомогательных или медикаментозных средств;

2-я степень — необходимость периодической помощи других лиц;

3-я степень — необходимость постоянного ухода ввиду неспособности инвалида при условии использования вспомогательных и медикаментозных средств ориентироваться в обычной среде жизнедеятельности.

Под способностью к общению понимается способность общаться с окружающими, то есть воспринимать речь, язык символов, жестов или мимики, когда речь невозможна, понимать письменный язык, иметь способность разговаривать, слушать, видеть и т.п. Степень снижения способности к общению различается по выраженности — умеренная, значительная и полная неспособность к генерации устных и письменных сообщений и восприятия их.

Под способностью контролировать свое поведение понимается способность адекватно вести себя, т. е. способность осознавать себя, определять местоположение во времени и пространстве, правильно идентифицировать людей и объекты, осознавать личную безопасность, понимать и справляться с создавшейся ситуацией, выполнять семейную и профессиональную роль и т.п.

Под способностью к обучению понимается возможность получения образования. Получение образования оценивается по возможности обучения в учебных заведениях общего типа, необходимости обучения в специальных учреждениях. По этим критериям судят о степени ограничения способностей в получении образования. Самой высокой степенью ограничения является отсутствие способностей к обучению.

Под способностью к трудовой деятельности понимается возможность осуществлять трудовую деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека. Снижение такой способности может являться прямым следствием нарушения определенного вида жизнедеятельности или психологической реакцией инвалида на заболевание. Снижение способности может быть временным и постоянным, различной степени выраженности.

Различные виды ограничения жизнедеятельности определяются нарушениями основных функций физиологических систем организма — сердечно-сосудистой, нервной, двигательной и др. При этом в зависимости от того, к какому классу относится заболевание, можно ожидать того или иного вида ограничения жизнедеятельности.

Необходимо отметить, что экспертиза наличия, вида, выраженности ограничения жизнедеятельности должна основываться на объективных данных. Обследование больного проводится в ЛПУ системы здравоохранения. На основе анализа всех поступивших в МСЭК материалов, информации, полученной в процессе освидетельствования больного, на заседании комиссии должен быть установлен клинко-функциональный диагноз и прогноз заболевания, вид и тяжесть ограничения жизнедеятельности, социальной адаптации, профессионально-трудовые возможности, потребности инвалида в необходимых ему видах социальной защиты. Основанием для установления инвалидности являются нуждаемость лица в социальной защите по причине того или иного вида ограничения жизнедеятельности, развившегося в результате заболевания, последствия травмы или дефекта, обусловившего стойкие расстройства функции организма.

При установлении той или иной группы инвалидности врачи-эксперты МСЭК должны пользоваться только теми классификациями и критериями, которые разработаны и утверждены в порядке, определенном Правительством РФ.

Под реабилитационным потенциалом понимается совокупность способностей или возможностей инвалида, реализация которых при соответствующих условиях обеспечит преодоление ограничений в бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Под социальной защитой понимается система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения, компенсации ограничения жизнедеятельности и направленных на создание им равно с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В формулировании социальной дезадаптации, требующей различных мер социальной помощи, значение различных видов ограничения жизнедеятельности будет неравнозначным. Наиболее значимыми для установления инвалидности являются нарушения способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением.

Под постоянным посторонним уходом понимается повседневный систематический уход по поддержанию надлежащего гигиенического состояния больного и оказание помощи в приеме пищи. Под постоянной посторонней помощью понимается оказание постоянной помощи в ориентации, общении, передвижении.

Под периодическим посторонним уходом или помощью понимается оказание регулярной помощи в осуществлении отдельных видов обслуживания: покупка продуктов, приготовление пищи, уборка жилья, мытье в ванной и т.п.

Необходимо еще раз обратить внимание на основные условия, лежащие в основе признания больного инвалидом в соответствии с новой концепцией инвалидности, — наличие определенной степени выраженности ограничения жизнедеятельности любого

вида, требующей предоставления необходимой социальной помощи. Случаи ограничения жизнедеятельности, не требующие для ее компенсации предоставления специальной социальной помощи государства или общества, не являются основанием для установления инвалидности.

В основные задачи медико-социальной экспертизы входит не только определение инвалидности на основе описанных выше принципов, но и установление степени тяжести инвалидности (группы инвалидности), ее причины, сроков и времени наступления, определение нуждаемости инвалида в конкретных видах социальной защиты, включая реабилитацию, оказание содействия в реализации всех рекомендаций, определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание, определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Для систематизации назначенных мер реабилитации, обеспечения контроля за ходом реабилитационного процесса, возможности внесения в него корректив комплексная программа реабилитации оформляется по определенной форме. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от целого ряда факторов: характера и прогноза заболевания, фазы или стадии заболевания, в которой больной попадает к реабилитологу, возраста, образования, специальности, психологического статуса больного и целого ряда других медико-биологических и социальных факторов.

3. Социальные проблемы инвалидов

Проблема социально-психологической адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобретает дополнительную важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к людям, которые являются инвалидами. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории граждан к основам жизнедеятельности общества остаётся практически неизученным, а именно он решающим образом определяет всю эффективность тех коррекционных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами.

Настал момент представить инвалидность не как проблему определённого круга “неполноценных людей”, а как проблему всего общества в целом. Её сущность определена правовыми, экономическими, производственными, коммуникативными, психологическими особенностями взаимодействия инвалидов с окружающей действительностью. Самые серьёзные аспекты проблемы инвалидности связаны с возникновением многочисленных социальных барьеров, не позволяющих инвалидам и лицам с хроническими заболеваниями, а также многодетным семьям, пожилым людям, детям-сиротам, детям с нарушениями социального поведения активно включиться в жизнь общества. Данная ситуация-следствие неверной социальной политики, которая ориентирована только на часть “здорового” населения и выражает интересы этой категории граждан. Именно поэтому структура производства и быта, культуры и досуга, социальных услуг остаётся неприспособленной к нуждам больных людей.

Потребности инвалидов можно условно подразделить на две группы: – общие, т.е. аналогичные нуждам остальных граждан и-особые, т.е. потребности, вызванные той или иной болезнью.

Наиболее типичными из “особых” потребностей инвалидов являются следующие:

- в восстановлении (компенсации) нарушенных способностей к различным видам деятельности;
- в передвижении;
- в общении;
- в свободном доступе к объектам социально-бытовой, культурной и др. сферы;
- в возможности получать знания;
- в трудоустройстве;

- в комфортных бытовых условиях;
- в социально-психологической адаптации;
- в материальной поддержке.

Удовлетворение перечисленных потребностей – неперенное условие успешности всех интеграционных мероприятий в отношении инвалидов. В социально-психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем, поэтому необходимо особо выделить социально-психологические аспекты лиц с ограниченными возможностями.

Инвалидность – это специфическая особенность развития и состояния личности, часто сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных её сферах.

В следствии этого инвалиды становятся особой социально-демографической группой. У них низкий уровень дохода, невысока возможность получения образования (по статистике, среди молодых инвалидов много лиц с неполным средним и мало-со средним общим и высшим образованием). Нарастают трудности участия этих людей в производственной деятельности, небольшое число инвалидов занято трудом. Свои семьи имеют единицы. У большинства наблюдается отсутствие интереса к жизни и желания заниматься общественной деятельностью. На наш взгляд, важнейшим условием достижения целей социальной адаптации является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. Социальная адаптация не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи. Нужен переход от сигрегированных видов помощи инвалидам (в виде специальных медико-учебных и производственных учреждений) к более качественным методам, позволяющим людям находиться в “струе” общественной жизни.

4. Модели инвалидности.

Согласно Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МНН), «под ограничением жизнедеятельности понимается любое ограничение или отсутствие способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста». Ограничения жизнедеятельности различаются по степени их проявления, что определяется с помощью разработанной МНН так называемой «шкалы тяжести» (в виде количественного показателя).

Большинство детей, имеющих стойкие функциональные нарушения, это дети-инвалиды. *Инвалидность*, в соответствии с принятой классификацией, трактуется как *социальная недостаточность, происходящая вследствие нарушения здоровья, сопровождающегося стойким расстройством функций организма и приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты*.

Исходя из принятого законодательства, в месячный срок после признания ребенка инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа его комплексной реабилитации. Данная программа представляет собой перечень мероприятий, направленных на восстановление способностей ребенка-инвалида к бытовой, возрастнo-средовой и учебной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний и т. д. В ней намечаются объемы, сроки их проведения, исполнители. При составлении программы учитывается также прогнозируемый уровень соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса ребенка и реальные возможности семьи, в которой он находится.

Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида реализуется в форме последовательной цепи реабилитационных циклов, каждый из которых включает в себя этап комплексной медико-социальной экспертизы и этап собственной реабилитации, т. е. набора мероприятий по поддержанию медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации, определенного возрастными и личностными особенностями

ребенка и текущим уровнем тяжести ограничений его жизнедеятельности. Названная программа считается выполненной, если достигнута полная социальная адаптация субъекта — бывший ребенок-инвалид, став взрослым, создал свою семью и интегрировался в общество, или же специалистами государственной службы медико-социальной экспертизы установлено, что весь имеющийся у ребенка реабилитационный потенциал полностью исчерпан.

1. 3 Лекция № 3 (2 часа).

Тема: «Методологические основы социальной реабилитации инвалидов»

1.3.1 Вопросы лекции:

1. Существенные характеристики социальной реабилитации инвалидов.
2. Реабилитационное пространство.
3. Современные методы социальной реабилитации.

1.3.2 Краткое содержание вопросов:

1. Существенные характеристики социальной реабилитации инвалидов.

Понятие "социальная реабилитация" характеризует в обобщенном виде процесс усвоения индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом, и позволяет функционировать индивиду в качестве активного субъекта общественных отношений. Социализацию не следует сводить к образованию и воспитанию, хотя она и включает эти процессы. Социальная реабилитация личности осуществляется под влиянием совокупности многих условий, как социально-контролируемых, и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих спонтанно. Она и есть атрибут образа жизни личности, и может рассматриваться как ее условие и как результат. Непременным условием социальной реабилитации является культурная самоактуализация личности, ее активная работа над своим социальным совершенствованием. Какими бы благоприятными ни были условия социальной реабилитации, ее результаты во многом зависят от активности самой личности. В традиционной отечественной социологии социальная реабилитация рассматривается как саморазвитие личности в процесса ее взаимодействия с различными социальными группами, институтами, организациями, в результате которых вырабатывается активная жизненная позиция личности. Важно иметь в виду, что социальная реабилитация есть процесс, продолженный в течение всей жизни человека. В связи с этим обычно различают определенные этапы социальной реабилитации: дотрудовой (детство, обучение), трудовой и послетрудовой.

Социальная реабилитация личности - это сложный процесс ее взаимодействия с социальной средой, в результате которого формируются качества человека, как подлинного субъекта общественных отношений. Одной из главных целей социальной реабилитации является приспособление, адаптация человека к социальной реальности, что служит, пожалуй, наиболее возможным условием нормального функционирования общества. Однако здесь могут быть крайности, выходящие за рамки нормального процесса социальной реабилитации, связанные в конечном счете с местом личности в системе общественных отношений, с ее социальной активностью. Такие крайности можно назвать отрицательными видами приспособления. Один из них называется "конформизм" - пассивное, лишенное личностного содержания принятие существующего порядка вещей, господствующих мнений. Конформизм характеризуется отсутствием собственной позиции, беспрекословным следованием определенным образцам, подчинением авторитетам. Асоциальное значение конформизма состоит в том, что человек с конформным сознанием создает себе алиби в различных жизненных ситуациях, объясняя свои действия, или бездействия ссылками на силу

обстоятельств, что далеко небезразлично для социального здоровья общества. Разумное приспособление к социальным условиям, не наносящие ущерба, как самой личности, так и окружающим, должны быть не только не осуждаемы, но во многих случаях и поддерживаемы. В противном случае теряют смысл вопросы о социальных нормах, дисциплине, организованности, и даже целостности общества. Вопрос о роли среды в детерминации поведения личности связан с ее социальной и нравственной ответственностью. У человека всегда есть выбор и, следовательно, должна быть социальная ответственность. Разумное устройство общества предполагает взаимную уравновешенность личности перед обществом и ответственности общества перед личностью.

Процесс социальной реабилитации - это процесс взаимодействия личности и общества. Данное взаимодействие включает в себя, одной стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений. Эта трактовка является наиболее традиционной для современной социологической литературы, где под социальной реабилитацией понимается процесс социального становления человека, который включает в себя усвоение индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений. Сущность социальной реабилитации состоит в том, что в процессе ее человек формируется как член того общества, к которому он принадлежит. Социальная реабилитация личности - сложный, противоречивый процесс, длящийся на протяжении всей жизни человека. Виды жертв неблагоприятных условий социальной реабилитации многочисленны. Это связано с тем, что процесс социальной реабилитации осуществляется под воздействием различных факторов, влияние которых на человека неоднозначно, порой противоречиво, таким образом, можно говорить о наличии различных видов жертв социальной реабилитации. Реальные жертвы неблагоприятных условий социальной реабилитации - инвалиды. Оценка людей по их внешнему виду и по умственным способностям характерна для нашего образа жизни. Мы предвзято относимся не только к уродству, но и таланту и даже к красоте. Все люди так или иначе, отличающиеся от нас, вызывают у нас особое и не всегда доброе отношение. Предвзятости являются составной частью нашей социальной структуры, и попытки избавиться от них могут вызвать глубокое внутренне сопротивление.

2. Реабилитационное пространство.

Реабилитационное пространство представляет собой стихийно возникающие и целенаправленно сформированные социальные связи и отношения субъектов и объектов реабилитационной деятельности, являющиеся следствием реализации их потребностей, интересов и функциональных ролей, ориентированных на создание условий для максимальной актуализации реабилитационного потенциала объекта воздействия (ребенка с ограниченными возможностями).

Структура реабилитационного пространства включает в себя:

- объекты - дети с ограниченными возможностями и их семьи;
- субъекты - социальные институты, группы людей и отдельные граждане, реализующие деятельность по реабилитации детей с ограниченными возможностями;
- общественное мнение, определяющее возможности ассимиляции детей с ограниченными возможностями;
- физическое пространство, его адаптированность к специфике детей с ограниченными возможностями;
- проблемный комплекс - проблемы, ограничивающие возможность полного раскрытия индивидуального реабилитационного потенциала ребенка с ограниченными возможностями и препятствующие достижению целей реабилитации.

Реабилитационное пространство детей с ограниченными возможностями представляет собой комплекс стихийно возникающих и целенаправленно

сформированных социальных связей и отношений субъектов и объектов реабилитационной деятельности, ориентированных на создание условий для максимально возможной реализации реабилитационного потенциала ребёнка с ограниченными возможностями и субъектов социальной реабилитации. Оно включает в себя несколько структурных элементов: объекты, субъекты, общественное мнение, физическое пространство, проблемный комплекс. В качестве объектов выступают дети с ограниченными возможностями и их семьи; субъекты - социальные институты, группы людей и отдельные граждане, включённые в процесс реабилитации. Общественное мнение представляет собой экспектации, определяющие возможности ассимиляции детей с ограниченными возможностями. Под физическим реабилитационным пространством понимается реабилитационная социально-средовая инфраструктура, способствующая преодолению детьми с ограниченными возможностями физических и психологических барьеров путём восстановления связей с окружающим миром; технические и технологические средства, позволяющие ребёнку адаптироваться к жизни, средства реабилитации, облегчающие труд и быт такого ребёнка. В качестве проблемного комплекса рассматриваются ситуации, ограничивающие возможность полного раскрытия индивидуального реабилитационного потенциала ребёнка с ограниченными возможностями и препятствующие достижению целей реабилитации.

В настоящее время в регионах сложились предпосылки для формирования основанного на социально-экологическом подходе реабилитационного пространства детей с ограниченными возможностями. К ним относятся: принятие и реализация социальных программ и подпрограмм; развитие инфраструктуры реабилитационной деятельности - специализированных государственных, негосударственных и муниципальных учреждений, организаций, негосударственных фондов, занимающихся непосредственно проблемами детей с ограниченными возможностями, а также привлечение к этой деятельности неспециализированных структур. Тем не менее, переходу к социально-экологической модели реабилитации детей с ограниченными возможностями в настоящее время препятствуют: фрагментарное взаимодействие специалистов в сфере социальной работы; дефицит материальных ресурсов, ограниченная медицинская, информационная, просветительская, информационная помощь семьям, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями, отсутствие комплексного подхода к их реабилитации. Технологическая модель управления формированием реабилитационного пространства детей с ограниченными возможностями, наиболее адекватная социально-экологическому подходу, представляет собой систему операций и процедур, обеспечивающих диагностику его состояния, прогнозирование развития, принятие решений, направленных на наращивание и использование реабилитационного потенциала, анализ результатов и корректировку действий субъектов управления. Особенности модели являются: чёткая формулировка и концептуальное обоснование целей организационных преобразований; рациональное обоснование предлагаемых изменений; ориентация на изменение взаимоотношений между субъектами реабилитационного пространства, выстраивание их с учётом реально осуществимых функций; этапность преобразований, отражающих логику управленческого процесса с учётом специфики сферы его применения. Процедуры проектирования модели включают в себя: выбор основных факторов и элементов данной системы и её ядра; определение роли и значимости элементов системы; выявление основных тенденций развития социальной работы; экстраполяцию этих тенденций на будущее; интеграцию с прогнозами в других сферах общественной деятельности; институциональный анализ и институциональное оформление структурных элементов системы.

3. Современные методы социальной реабилитации.

Методология — это система принципов и способов познания, организации и построения теоретической и практической деятельности в соответствии со свойствами и законами объективной действительности.

Методологию по традиции делят на общую и частную. **Общая методология** — это совокупность необходимых и достаточных принципов для рассмотрения изучаемого общественного или психического явления. **Частная методология** определяет специфику применения общих принципов исследования при изучении конкретной проблемы, в частности, в психологии.

К числу важнейших методологических принципов применительно к изучению социально-психологических и психологических особенностей личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут быть отнесены следующие:

Принцип гуманизма и педагогического оптимизма предполагает веру в ребенка, в его потенциальные возможности реализовать себя как личность, в его лучшее будущее. Любое исследование должно помочь его развитию, безболезненному вхождению в социальную жизнь. Данный принцип предполагает, что результаты исследования (диагноз) должны свидетельствовать не только о достигнутом уровне развития, но и выявлять резервы, определять не только негативные моменты в развитии личности ребенка, но и положительные свойства, на которые можно опереться в процессе его социальной реабилитации.

Принцип объективности и научности акцентирует внимание на то, чтобы при изучении особенностей развития личности ребенка, имеющего жизненные ограничения, понять не только общие законы ее развития, но и специфические особенности, связанные с влиянием на нее как первичных, так и вторичных дефектов.

Принцип детерминизма означает, что любое социально-психологическое явление порождено целым комплексом объективных и субъективных причин. Чтобы получить объективную информацию об особенностях развития ребенка с отклонениями в развитии, нужно установить причинно-следственные связи в развитии и формировании тех или иных личностных свойств ребенка, выявить основные факторы и условия отрицательно или положительно повлиявшие на этот процесс.

Принцип развития предполагает, что все психические и личностные особенности ребенка находятся в становлении, и основным условием их развития является та или иная деятельность. Процесс становления личности ребенка может быть правильно понят, если он рассматривается в непрерывном движении, с учетом постоянных количественных и качественных изменений, как процесс и результат деятельности.

Принцип единства сознания и деятельности вытекает из деятельностного подхода к проблеме развития психики и личности ребенка, предложенного С.Л. Рубинштейном, А.Н. Леонтьевым и др. Он означает обусловленность развития сознания деятельностью человека. Сознание руководит деятельностью, но в деятельности оно и формируется. Изучать сознание можно опосредованно — через деятельность ребенка.

Принцип систематичности, комплексности и системности. Его суть состоит в том, что изучение ребенка должно проводиться регулярно, через определенные промежутки времени, исследоваться не отдельные параметры, а все стороны развития личности. Для получения полной информации о развитии ребенка с ограниченными возможностями нужно также использовать результаты клинических исследований нарушенных функций и данные об особенностях развития вторичных нарушений.

Принцип индивидуального и личностного подхода означает, что каждый человек уникален и общие законы развития проявляются у каждого ребенка своеобразно и неповторимо.

Принцип эффективности предлагаемых рекомендаций предполагает, что рекомендации обязательно должны быть полезными для того человека, которому они предназначены.

Основным способом реализации теоретических представлений, методологических принципов и подходов на практике выступает метод исследования.

Метод исследования — общий путь научного познания, способ, с помощью которого исследователь получает необходимую научную информацию. Конкретное

воплощение метода на практике в соответствии с целью исследования называется методикой. То есть, методика — *это целенаправленное использование метода, применительно к предмету исследования.*

В отечественной психологии выделяют четыре группы общенаучных методов (по Б.Г. Ананьеву), которые позволяют получать необходимую информацию о развитии личности ребенка с теми или иными жизненными ограничениями.

К первой группе относят организационные методы. С их помощью решаются вопросы, связанные с определением объекта, специфики, полноты, длительности и других организационных сторон проведения исследования. В нее входят:

1. **Сравнительный метод.** При определении объекта исследования сопоставляются различные группы детей по возрасту, по состоянию здоровья, специфике заболеваний, первичных и вторичных нарушений и т. д. В социально-реабилитационной практике сравнительный метод выступает в виде метода возрастных или поперечных срезов. Данный метод применяется с целью выявления динамики психического или личностного развития ребенка, путем сопоставления полученных в одно и то же время результатов в группах детей разных возрастов.

2. **Лонгитюдный метод.** Его суть состоит в многократном изучении одних и тех же детей на протяжении длительного периода.

3. **Комплексный метод.** При организации изучения одного и того же ребенка могут быть подключены специалисты разных профилей: врачи, социальные работники, психологи, коррекционные педагоги и другие. Исследования такого рода позволяют установить более полную картину психического, соматического и личностного развития ребенка.

Ко второй группе относят эмпирические методы. С их помощью получают необходимую информацию о психическом и личностном развитии конкретного ребенка или изучаемом явлении. К ним относят:

- *методы наблюдения и самонаблюдения;*
- *экспериментальные методы (лабораторный, естественный констатирующий, обучающий, развивающий эксперименты);*
- *психодиагностические методы (тесты, опросники, анкеты, социометрия, беседа);*
- *анализ продуктов деятельности ребенка;*
- *биографические методы (анализ жизненного пути ребенка, изучение медицинской документации о нем и др.)*

Третья группа — методы обработки данных. В нее входят:

- *количественный (статистический) метод;*
- *качественный (анализ материала, дифференциация его по группам и т. д.)*

Четвертая группа — интерпретационные методы. В их числе:

- *генетический метод* (анализируется полученная информация в плане развития с выделением отдельных фаз, стадий, критических моментов и т. д.);
- *структурный метод* (устанавливаются структурные связи, причинно-следственные отношения между всеми характеристиками личности.)

1. 4 Лекция № 4 (2 часа).

Тема: «Нормативно-правовые основы социальной реабилитации инвалидов»

1.4.1 Вопросы лекции:

1. Правовые и организационные основы реабилитации детей-инвалидов.
2. Правоотношения в сфере социальной реабилитации.
3. Индивидуальная программа реабилитации.

1.4.2 Краткое содержание вопросов:

1. Правовые и организационные основы реабилитации детей - инвалидов.

Реабилитация инвалидов — система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Слепые, глухие, немые, люди с нарушенной координацией движения, полностью или частично парализованные и т. п. признаются инвалидами в силу очевидных отклонений от нормального физического состояния человека. Инвалидами признаются также лица, которые не имеют внешних отличий от обычных людей, но страдают заболеваниями, не позволяющими им трудиться в разнообразных сферах так, как это делают здоровые люди.

Инвалидность — это специфическая особенность развития и состояния личности, часто сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных её сферах. Вследствие этого инвалиды становятся особой социально-демографической группой. У них низкий уровень дохода, намного выше потребности в медицинском и социальном обслуживании, невысока возможность получения образования.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

1. По возрасту: дети-инвалиды, инвалиды-взрослые.
2. По происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания.
3. По степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).
4. По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам.

Каждый инвалид нуждается в реабилитации, которая позволила бы ему восстановить и поддерживать способность к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности, сформирование утраченные навыки независимого существования, самообслуживания.

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Основными принципами реабилитации инвалидов являются:

- ♦ государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области медицинской, профессиональной, социальной реабилитации;
- ♦ общедоступность системы реабилитации на основе учета физических, психофизиологических, социальных особенностей инвалидов;
- ♦ многообразие форм и методов реабилитации на основе системного подхода при их осуществлении;
- ♦ государственно-общественный характер управления системой реабилитации инвалидов.

Инвалиды имеют право на все виды реабилитации. Реабилитация инвалидов осуществляется с их согласия. Инвалид или его законный представитель имеют право отказаться от того или иного вида, формы, объема, сроков проведения реабилитационных мероприятий, а также от реализации реабилитационной программы в целом.

Реабилитация является основополагающей концепцией государственной политики в отношении инвалидов, включая и детей-инвалидов.

Данное в законе определение понятия «реабилитация инвалидов» в России в настоящее время распространяется на всех инвалидов.

2. Правоотношения в сфере социальной реабилитации.

Нормы права социального обеспечения, закрепленные в соответствующих нормативных актах, действуют лишь в правоотношениях сферы данной отрасли. Понятие

«правоотношения» является одним из фундаментальных в правовой науке. Общественные отношения приобретают форму правоотношений только потому, что связи их участников регламентируются нормами права. Как известно из общей теории права, правоотношение — это урегулированное нормами права общественное отношение, т.е. правомерное поведение субъектов права.

Следовательно, правоотношения по социальному обеспечению — это урегулированные нормами права фактические отношения по поводу предоставления денежных выплат, социальных услуг и льгот, возникающие между государственными органами и физическими лицами, имеющими на них право.

Виды правоотношений:

1. Основные (материальные) правоотношения — правоотношения по поводу отдельных видов обеспечения. Они возникают по поводу предоставления пенсий, пособий, компенсационных выплат, социального обслуживания, назначения ежемесячного пожизненного содержания судьям Конституционного Суда РФ, судьям, пребывающим в отставке. В свою очередь пенсионные отношения классифицируются в зависимости от вида назначаемой пенсии: по старости, инвалидности, за выслугу лет, по случаю потери кормильца.

2. Процедурные правоотношения по установлению фактов, имеющих юридическое значение. Право на тот или иной вид социального обеспечения появляется, как правило, с момента возникновения процедурного правоотношения при его положительном окончании. Юридическим фактом, порождающим процедурные правоотношения, служит обращение гражданина или его представителей для удостоверения конкретного факта. В пенсионном обеспечении важным юридическим фактом является дата обращения за пенсией. С ее учетом определяется срок, с которого производятся назначение и выплата пенсии.

3. Процессуальные правоотношения. Они возникают при рассмотрении споров между сторонами, в основном при обжаловании гражданами решений государственных и иных органов, связанных с назначением пенсий, пособий и других социальных выплат. Однако в праве социального обеспечения отсутствуют нормы, регулирующие процедуру рассмотрения и разрешения споров. Поэтому судебное разбирательство осуществляется по нормам гражданско- процессуального законодательства.

3. Индивидуальная программа реабилитации.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Это означает, что в индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

Основная цель ИПР - восстановление, компенсация нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсация способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Это означает, что в индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

Основные принципы формирования ИПР: индивидуальность; непрерывность; последовательность; преемственность; комплексность.

Индивидуальность означает необходимость учёта конкретных условий возникновения, развития и возможностей исхода инвалидности у данного индивидуума.

Непрерывность предполагает организационное и методическое обеспечение неразрывности единого процесса реализации различных реабилитационных мероприятий.

Последовательность в проведении реабилитации продиктована особенностями течения заболевания инвалида, возможностями его социально-средового окружения, организационными аспектами реабилитационного процесса.

Преемственность этапов реабилитации заключается в учёте конечной цели последующего этапа при проведении мероприятий предыдущего. Основные этапы реабилитации: экспертная диагностика и прогнозирование, формирование и реализация ИПР, динамический контроль над отдельными результатами реабилитации.

Комплексность реабилитационного процесса означает необходимость учёта многочисленных аспектов реабилитации: медицинских, психофизиологических, профессиональных, санитарно-гигиенических, социально-средовых, правовых, учебно-производственных и т.д.

1. 5 Лекция № 5 (2 часа).

Тема: «Подходы к типологии инвалидности»

1.5.1 Вопросы лекции:

1. Классификация инвалидов
2. Группы инвалидности
3. Степени ограниченности трудоспособности

1.5.2 Краткое содержание вопросов:

В настоящее время 4,5 процента детей, проживающих в России, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, отвечающем их особым образовательным потребностям. К ним относят: детей с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); с нарушением зрения (слепые, слабовидящие); с тяжелыми нарушениями речи (логопаты); с нарушением интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития); с комплексным нарушением психического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые дети и др.); с нарушением функций опорно-двигательного аппарата; детей с психопатическими формами поведения и др.

Кроме того, существует большая прослойка детей, которые посещают массовые общеобразовательные школы, дошкольные учреждения, но под влиянием неблагоприятно складывающихся социальных условий и, прежде всего, межличностных отношений, испытывают психологический дискомфорт, который по мере взросления ребенка усиливается и превращается в травмирующий фактор. Таким детям необходима специальная помощь для нормальной адаптации в среде сверстников. К этой категории относятся, прежде всего, педагогически запущенные дети. В каждой школе их не менее 10—15 процентов. Задержка психического развития у них вызвана не патологией, а дефицитом внимания со стороны взрослых на этапах дошкольного детства и младшего школьного возраста. Эти дети, наряду с детьми, имеющими задержки психического развития по причине патогенных воздействий в различные периоды жизни, обучаясь в общеобразовательной школе, попадают в число учащихся с отклонениями в поведении и неуспевающих.

К числу детей с проблемами в развитии относят также и тех, у кого нарушены функции в познавательной сфере (внимание, память); детей с заторможенными, замедленными реакциями; детей с теми или иными Физическими дефектами, которые не вызывают стойких нарушений психических функций.

Первая группа инвалидности. Первую группу инвалидности могут получить люди с постоянной или очень длительной полной потерей трудоспособности. Кроме того, такие больные нуждаются в постоянном уходе и специальной помощи. Как правило, к ним относятся пациенты с очень тяжелыми заболеваниями, например, больные раком в последней стадии, полностью парализованные люди, лица с ампутированными конечностями. Люди с врожденной или приобретенной слепотой, глухотой, немотой тоже относятся к инвалидам первой группы. Также эта группа инвалидности может быть присвоена лицам, абсолютно не способным к самостоятельному передвижению из-за врожденных или приобретенных заболеваний, ориентации в пространстве, общению и самоконтролю. Трудиться такие люди, как правило, не могут. Иногда, при создании особых условий труда, инвалиды первой группы способны выполнять определенные виды работ, но при этом они по-прежнему нуждаются в постоянном уходе. Например, полностью слепые или глухие люди могут трудиться в специально организованных условиях, например, изготавливать пуговицы и тп. Вторая группа инвалидности Вторую группу инвалидности могут получить люди, имеющие значительные нарушения здоровья и практически полностью нетрудоспособные. При этом инвалиды второй группы не нуждаются в постоянном уходе, но часто для нормальной жизнедеятельности им необходимы специальные средства. Например, больной после ампутации конечности может передвигаться самостоятельно, но с помощью протеза или инвалидного кресла. Пациент, перенесший удаление мочевого пузыря, нуждается в специальных мешках для сбора мочи. Такие люди могут трудиться, если позволяют условия труда и работа не приводит к ухудшению самочувствия. Например, человек, передвигающийся в инвалидном кресле, может быть переведен на такую работу, которую сможет выполнять из-за ограничения передвижения, и эта деятельность не должна негативно отражаться на его здоровье. Третья группа инвалидности Третью группу инвалидности могут получить лица со стойким, но не тяжелым нарушением состояния здоровья. Например, больные бронхиальной астмой (легкой и средней степенью тяжести), ревматоидным артритом (на начальной стадии) могут получить третью группу. При этом человек сохраняет возможность заниматься трудовой деятельностью с небольшими ограничениями и полностью способен к самообслуживанию. Как правило, для инвалидов третьей группы должны быть созданы облегченные условия труда. Например, если человек до заболевания работал в ночное время, он может быть переведен на дневную работу. Все инвалиды получают дополнительную материальную помощь, бесплатно обеспечиваются лекарствами и необходимыми для жизни средствами (инвалидные коляски, протезы, костыли, специальная обувь и т.п.)

2. Группы инвалидности

Инвалидность означает наблюдающиеся у человека функциональные расстройства физического, психического или умственного характера, в связи с которыми человек нуждается в специальных компенсационных мерах для того, чтобы иметь возможность жить полноценной жизнью наравне с другими гражданами.

Ребенок инвалид. Это понятие можно разделить на две категории. В первую из них входят дети, у которых наблюдается врожденное нарушение работы разных органов чувств; дети, наделенные физическими недостатками; умственно отсталые ребята. Врачи и ученые убеждены, что такие дети обладают громадным потенциалом, практически все они владеют какими-то талантами – конечно, при условии, что их любят, с ними занимаются, им уделяют достаточно внимания. Если такие дети гармонично развиваются и им удастся более-менее успешно адаптироваться в обществе своих сверстников – это оказывает самое положительное влияние на состояние их здоровья.

Во вторую категорию входят дети, потерявшие здоровье после долгой болезни. Такой ребенок нуждается в постоянном внимании медицинских работников и педагогов.

Инвалидность – это проблема, напрямую или косвенно затрагивающая практически каждого человека на Земле. Именно поэтому ни для кого не является секретом, что

существует три различные группы инвалидности, классификация которых зависит от того, в какой степени нарушены те или иные функции или системы организма, и насколько ограничена жизнедеятельность индивидуума. Гражданин может быть признан инвалидом только по заключению медико-социальной экспертизы. Лишь члены комиссии вправе принять решение об удовлетворении или, наоборот, об отказе человеку в присвоении ему группы инвалидности. Классификация, которая используется специалистами экспертной группы, определяет, какие именно и в какой степени функции организма пострадали вследствие конкретного заболевания, травмы и т.п. Ограничения (нарушения) функций принято подразделять следующим образом: нарушения, которые затрагивают статодинамические (двигательные) функции организма; нарушения, влияющие на систему кровообращения, обмена веществ, внутренней секреции, пищеварения, дыхания; сенсорные дисфункции; психические отклонения. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу принадлежит лечебному учреждению, в котором они наблюдаются, органу, отвечающему за пенсионное обеспечение (Пенсионный фонд), и органу, обеспечивающему социальную защиту населения. В свою очередь, гражданам, получившим направление на экспертизу, следует подготовить следующие документы: Направление, выданное одним из вышеперечисленных уполномоченных на это органов. В нем указана вся необходимая информация относительно состояния здоровья человека и степени нарушения работы организма. Заявление, подписанное непосредственно лицом, которому предстоит пройти экспертизу, или его законным представителем. Документы, являющиеся подтверждением нарушения здоровья пациента. Это могут быть выписные эпикризы, результаты проведенных инструментальных исследований и т. д. Различают три группы инвалидности. Классификация основных нарушений функций человеческого организма, а также степень их тяжести служат критериями для определения того, какую из этих групп присвоить обратившемуся лицу. После анализа и обсуждения представленных гражданином документов специалисты решают вопрос о том, признать ли его инвалидом или нет. В присутствии всех членов комиссии принятое решение оглашается человеку, который прошел медико-социальную экспертизу, и, если того требует ситуация, даются все необходимые разъяснения. Также необходимо отметить, что если человеку присвоена первая группа инвалидности, то переосвидетельствование проводится один раз в 2 года. Ежегодно организовывается переосвидетельствование лиц, имеющих вторую и третью группу. Исключением является бессрочная группа инвалидности. Получившие ее люди могут пройти переосвидетельствование в любое время по собственному желанию. Для этого им необходимо только составить соответствующее заявление и направить его в компетентные органы.

3. Степени ограниченности трудоспособности

Ограничения жизнедеятельности выражаются в полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Под способностью или возможностью к самообслуживанию понимается способность справляться с основными физиологическими потребностями, такими как личная гигиена, одевание, прием пищи и т.п.

Под способностью к ориентации понимается способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде при использовании сознания и анализаторов — слуха, зрения, обоняния, осязания.

Степень снижения имеет несколько градаций:

1-я степень — компенсации имеющегося снижения за счет использования вспомогательных или медикаментозных средств;

2-я степень — необходимость периодической помощи других лиц;

3-я степень — необходимость постоянного ухода ввиду неспособности инвалида при условии использования вспомогательных и медикаментозных средств ориентироваться в обычной среде жизнедеятельности.

Когда человеку назначается та или иная группа инвалидности, комиссия всегда определяет насколько у него ограничены те или иные функции – физические, психические, эмоциональные и так далее. Другими словами, каждая группа инвалидности зиждется на степенях ограничения жизнедеятельности (степени инвалидности), которые определены в специальной инструкции для медико-социальных бюро. Жизнедеятельность человека разделена на семь категорий:

1. осуществление трудовой деятельности;
2. наличие поведенческого самоконтроля;
3. навыков самообслуживания;
4. способности ориентации в окружающем мире;
5. способность в обучении;
6. общении;
7. самостоятельном передвижении.

Если у человека есть ярко выраженные затруднения в том или ином виде деятельности, то он может получить инвалидность. Рассмотрим отдельно каждую из категорий, которые разделены на три степени ограничений.

Трудовая деятельность

1 – утрата возможности продолжить трудовую деятельность по месту работы даже после перевода человека на низшую должность, сохраняя прежние рабочие условия; продолжение работы в прежних условиях, но после снижения объема и характера обязанностей.

2 – труд в особых для работника трудовых условиях, например, с наличием вспомогательных средств реабилитации.

3 – выполнение работы только с посторонней помощью или утрата работоспособности из-за физических ограничений.

Контроль своего поведения

Контролирование человеком своего поведения – это самоосознание себя как личности, нормальное поведение с соблюдением принятых в обществе норм.

1 – периодически возникают затруднения в самоконтроле во время возникающих трудных обстоятельствах, систематические затруднения в выполнении своей социальных функций, самокоррекции с учетом возникающих ситуаций.

2 – характерное снижение уровня критической самооценки и оценки окружающей действительности при наличии коррекции поведения другими лицами.

3 – полное отсутствие контроля своего поведения, неспособность самокоррекции, зависимость от посторонней помощи.

Навыки самообслуживания

Человек сам может следить за своими физиологическими потребностями, владеет ежедневными бытовыми элементарными навыками, соблюдает правила личной гигиены.

1 – человек может сам себя обслуживать, но тратит на подобные действия больше времени, чем обычно; может использовать вспомогательные приспособления.

2 – человек обслуживает сам себя частично, прибегая иногда к посторонней помощи и к применению специальных средств.

3 – человек утратил способность к самообслуживанию и полностью зависит от помощи других.

Навыки ориентации в окружающем пространстве

Это адекватное восприятие человеком окружающей его действительности, оценивая конкретные ситуации, определяет местоположение и время.

1 – ориентируется лишь в привычной для него обстановке, возможно, использует специальные вспомогательные средства.

2 – периодически обращение к помощи других людей в каких-либо затруднительных ситуациях, применяет специальные вспомогательные средства;

3 – полная утрата в ориентировании, т.е. наличие дезориентации, зависимость от постоянной помощи других людей.

Обучаемость

Это умение воспринимать разные знания, различного рода информацию, запоминать, усваивать и повторять узнанное, стойкое владение разнообразными социокультурными навыками.

1 – человек может обучаться и получать комплекс знаний в стандартных образовательных рамках в обычных учреждениях, но прибегая к помощи коррекционных обучающих методик, индивидуального режима и специальных средств.

2 – обучаемость возможна лишь в рамках специального учреждения, домашнего обучения, по особой образовательной программе с помощью специальных обучающих средств.

3– обучаемость только самым элементарным навыкам и умениям в любой из сфер человеческой деятельности, утрата способности обучаться и получать разнообразные знания.

Самостоятельное передвижение

Характеризуется как перемещение, умея при этом сохранять равновесие во время покоя, движения, перемены положения тела, а также умение воспользоваться городским транспортом.

1 – наличие умения передвигаться самому, но затрачивая больше времени, чем обычно на это тратит человек; дробные попытки передвигаться, попытки сократить проходимые промежутки, применяя при этом вспомогательные приспособления.

2 – человек передвигается, регулярно пользуясь помощью сопровождающих, использует специальные приспособления.

3 – человек не может передвигаться сам, только с постоянной поддержкой со стороны.

Общение

Это социальная способность контактировать с окружающими людьми, воспринимая, перерабатывая и передавая информацию.

1 – общение характеризуется сниженными объемами и темпами в процессе получения и передачи извне информации; использование специальных приспособлений; если нарушен слух, то человек общается при помощи сурдоперевода, невербальной методики общения.

2 – человек может общаться отчасти самостоятельно, отчасти с помощью посторонних, также используя специальные приспособления.

3 – невозможность общения без помощи со стороны.

Критерии для установления группы инвалидности относительно степени ограничения

Опираясь на эти определения, комиссия устанавливает группу инвалидности, в зависимости от наличия у человека той или иной степени ограничения.

1-я группа присваивается тем, у которого выявлены устойчивые нарушения здоровья, полученные после болезни и прочих случаев, приведшие к 3-й степени всех семи сформулированных ограничений в жизнедеятельности: возможность трудиться, наличие поведенческого самоконтроля, навыков в самообслуживании, ориентированность в мире, обучаемость, общение без физических и психических барьеров, самостоятельное передвижение.

2-я группа присваивается тем, у кого выявлены устойчивые и ярко выраженные расстройства функций организма вследствие дефектов, болезни, травматических случаев, приведшие ко 2-й степени всех семи ограничений в жизнедеятельности: возможность трудиться, наличие поведенческого самоконтроля, навыков самообслуживания, ориентация в мире, обучаемость, нормальное общение, самостоятельное передвижение.

3-я группа присваивается если есть умеренно выраженные расстройства организма, следствие которых — 1-я степень в трудовой деятельности или ограничения в разных степенях основных категорий деятельности: возможность трудиться, наличие поведенческого самоконтроля, навыков самообслуживания, ориентирование в мире, обучаемость, навыки общения, возможность самостоятельного передвижения.

Когда ребенку присваивается статус «ребенок-инвалид», то выявляют ограничения функциональности организма из любой их принятых правилами категорий и какой-либо степени выраженности, (они оцениваются с учетом возраста ребенка) и требующие предоставления услуг в области социальной защиты.

1. 6 Лекция № 6 (2 часа).

Тема: «Социальная среда и личность»

1.6.1 Вопросы лекции:

1. Понятие «социальная среда»
2. Отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья в обществе
3. Адаптация детей и подростков в социальной среде

1.6.2 Краткое содержание вопросов:

1. Понятие «социальная среда»

Сущность каждого человека и его психики отражают социально значимые качества. Личность — феномен общественного развития, конкретный живой человек, обладающий сознанием и самосознанием. Основное условие психического и личностного развития человека — жизнь в обществе людей. Только в общении с людьми ребенок осваивает опыт человеческого поведения, опыт обращения с предметами труда и быта, овладевает речью, учится взаимодействовать с другими людьми. Иначе говоря, без усвоения индивидом общественно-исторического опыта, накопленного человечеством, без овладения человеческой культурой приобрести личностные качества невозможно. Об этом свидетельствует печальный опыт развития человека вне человеческого общества, когда по воле случая дети оказывались среди животных.

С другой стороны, под влиянием общества, организованного обучения и воспитания человек, не имея биологической полноценности, например, при тяжелых формах олигофрении, психических заболеваний, также не может достичь высокого уровня развития личности. Природные свойства и особенности индивида выступают в личности как социально обусловленные элементы. Так, мозговая патология обусловлена биологически, но порождаемые ею черты характера, становятся особенностями личности в силу социальной детерминации.

Вместе с тем личность, как продукт общественных отношений, воспринимает социальные воздействия не пассивно. Преобразуя их, личность начинает выступать как совокупность внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия общества. Эти внутренние условия представляют собой сплав наследственно-биологических и социально обусловленных качеств, которые сформировались под влиянием предшествующих социальных воздействий. По мере формирования личности они становятся более глубокими, в результате одно и то же внешнее воздействие может оказывать на разных людей разное влияние. То есть личность не только объект и продукт социальных отношений, но и активный субъект деятельности, общения, сознания и самосознания.

Важнейшим фактором и условием развития ребенка выступает социальная среда. Социальная среда — все то, что окружает нас в социальной жизни и, прежде всего, люди, с которыми каждый индивид находится в специфических отношениях. Социальная среда имеет сложную структуру, представляющую собой многоуровневое образование,

включающее в себя многочисленные социальные группы, которые оказывают совместное воздействие на психическое развитие и поведение индивида. В их число входят:

1. Микросреда.
2. Косвенные социальные образования, воздействующие на индивида.
3. Макросоциальные структуры — макросреда.

Микросреда — это ближайшее окружение, все то, что непосредственно влияет на человека. В ней он формируется и реализует себя как личность. Это семья, группа детского сада, школьный класс, производственный коллектив, различные неформальные группы общения и многие другие объединения, с которыми человек постоянно сталкивается в повседневной жизни.

Косвенные социальные образования, воздействующие на индивида. Это образования, не связанные напрямую с индивидом. Например, производственный коллектив, где трудятся его родители, непосредственно связан с ними, но лишь косвенно — через родителей — с ребенком.

Макросреда — это система социальных отношений в обществе. Ее структура и содержание включают совокупность многих факторов, в числе которых на первом месте экономические, правовые, политические, идеологические и другие отношения. Названные компоненты макросреды воздействуют на индивидов как непосредственно — через законы, социальную политику, ценности, нормы, традиции, средства массовой коммуникации, так и опосредованно, через влияние на малые группы, в которые включен индивид.

Отношения между людьми имеют широкий диапазон. Как в масштабах макросреды, так и в условиях микросреды они многократно опосредованы. Не всегда, например, дедушка или бабушка могут находиться рядом с ребенком. Но рассказ отца о дедушке, его качествах как человеке может оказать не меньшее воздействие на ребенка, чем прямой контакт с ним.

Кроме названной классификации выделяют виды социальной среды, различающиеся по принципу местонахождения группы в структуре общественных отношений. Исходя из этого выделяют рабочую, студенческую, школьную социальную среду и др. Для каждого из перечисленных видов социальной среды характерны определенные психологические особенности, накладывающие отпечаток на личность человека, а также группы людей.

Существует также ряд других признаков, с помощью которых можно выделить тип социальной среды. Например, по разделению труда различают городскую и деревенскую среду, среду, для которой характерен физический или умственный труд. По различным видам деятельности — производственная, политическая, научная, художественная, педагогическая и др.

Конкретная социальная среда представляет собой в социально-психологическом плане совокупность отношений личности с группой.

Социальная среда, в которую попадает ребенок, выступает детерминирующим фактором реализации его потребностей и запросов, является важнейшим условием раскрытия его социальной сущности как человека. Однако социально-психологические качества ребенок приобретает только через свой опыт, общение, через непосредственный контакт со сверстниками и взрослыми в семье, в детском саду, школе, на улице благодаря собственной активности.

Социальная среда по отношению к личности имеет сравнительно случайный характер. Например, родители, выбирая для своего ребенка учебное заведение, могут остановиться не на том, которое находится недалеко от дома, а на том, что находится рядом с домом бабушки, так как в силу своей занятости они не могут встречать ребенка из школы. Но эта случайность в социально-психологическом плане играет исключительно большую роль, поскольку характер и особенности определенных личностей и

особенности групп накладывают отпечаток на их взаимоотношения, так как ребенок попадает в социально-психологическую атмосферу, присущую данному коллективу.

Социальная среда обладает активностью, она воздействует на человека, увлекает, заражает его соответствующими моделями поведения. Она может побуждать, а порой принуждать к определенным действиям. Однако такое воздействие социальной среды на личность не всегда направлено в нужное русло и, зачастую, не отвечает задачам воспитания и развития ребенка. Чтобы уменьшить ее непредсказуемость и негативное воздействие на личность ребенка, предпринимаются попытки сделать ее управляемой. В последнее время в психологической и педагогической литературе появилось понятие «развивающая социальная среда» или сокращенно «развивающая среда».

2. Отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья в обществе

Понятие «инвалид» во все времена означало «непригодный к деятельности», а для государства, которое было вынуждено затрачивать на них определенные средства, они становились иждивенцами. Своеобразные трудности в общении и во взаимодействии с ними возникали и у окружающих людей. История свидетельствует о том, что взгляд на детей, имеющих жизненные ограничения, менялся по мере развития научных знаний и общества в целом. В этой связи выделяют три этапа: мистический, наивно-биологический] и научный, сопоставление которых позволяет глубже понять] тенденцию развития отношений общества к людям с ограниченными возможностями.

Первый этап включает в себя период от древнейших времен вплоть до XVIII века. Сведения об этом периоде мы находим в легендах, мифах, пословицах, сказках, других устных и письменных источниках. Люди в том или ином дефекте видели, прежде всего, огромное несчастье человека, к которому относились с суеверным страхом и состраданием. Наряду с подобным отношением к аномальным людям бытовало убеждение в том, что люди с дефектами, например, слепые, обладают мистическими силами, им якобы доступно особое духовное знание и видение.

Второй этап начинается с эпохи просвещения (XVIII в.). В этот период средневековые мистические представления и предубеждения уходят в прошлое, уступая место бурно развивающейся науке, накоплению знаний в различных областях, полученных на основе опыта, эксперимента. В теоретическом плане новый взгляд реализовался в учении о викариате органов чувств. Согласно этому воззрению, выпадение одной из функций восприятия, недостаток одного органа компенсируется повышением функционирования и развития других. Однако исследования в этой области обнаружили несостоятельность этой теории. В то же время во взглядах на ребенка, имеющего жизненные ограничения, был сделан значительный шаг вперед. Эмпирический подход к изучению физических недостатков людей привел к серьезным открытиям. Практическим следствием этих воззрений явилось появление для слепых специальной азбуки (азбука Брайля), что позволило открыть незрячим доступ к культуре и социальной жизни.

Ведущая роль в развитии личности принадлежит социальному фактору. Личность — продукт социального развития. После появления ребенка на свет у него при нормально организованном обучении и воспитании начинается интенсивно, формироваться интеллектуальная, потребностно-мотивационная и эмоционально-волевая сферы, познавательные способности, вырабатываются нормы и правила поведения, которые впоследствии станут основой структуры его личности. В случае же ущемления в развитии одной или нескольких названных сфер происходит задержка психического развития, недоразвитие личности (проявления инфантилизма), возникновение педагогической запущенности, формирование отрицательных черт характера, привычек и отклонений в поведении.

Наиболее распространенными социальными причинами, вызывающими нарушения в личностном развитии, могут быть:

1. *Депривация* (эмоциональная, социальная, сенсорная) — состояние недостаточного удовлетворения какой-либо важной психологической потребности. Ведет к задержке

познавательной сферы, к нарушению процессов мышления, межличностного взаимодействия, возникновению заторможенности, апатии, раздражительности.

2. *Влияние окружающей социальной среды*, которая особенно значима для детского, подросткового и юношеского возрастов. Именно в эти периоды происходит интенсивное формирование характерологических свойств личности, потребностей, ценностных ориентации, мотивации поведения. Например, если подросток или юноша попадает в группу сверстников с антисоциальными формами поведения (насилие, тенденции к употреблению алкоголя, наркотиков), то у него разрушаются нормальные человеческие отношения, изменяются ценностные ориентации, которые и оказывают в дальнейшем существенное влияние на его личностное развитие.

3. *Образ жизни*, преобладание определенных жизненных норм в статусе поведения ребенка, от которых зависит его соматическое (физическое) и психическое (душевное) здоровье. Например, ребенку или подростку часто объясняют, как он должен себя вести, какими качествами он должен обладать, но ситуации, когда он мог бы проявить себя в жизни, не создают. Подобный подход к формированию личности ребенка обуславливает различные психологические проблемы, в том числе и создает условия для возникновения отклонений в личностном развитии.

3. Адаптация детей и подростков в социальной среде

Ребенок с ограниченными возможностями индивидуален, неповторим, и модель нарушений его личностного развития надо определять сугубо конкретно. В числе других признаков, фиксирующих проявления нарушений в личностном развитии, можно назвать:

— нарушения в мотивационной, эмоциональной и волевой сферах, так как в них отражаются любые изменения в психическом развитии личности ребенка. Гармония или дисгармония названных сфер определяет всю жизнь ребенка: его психическое развитие, общение, межличностные взаимодействия, деятельность;

— нарушения в одной из сфер личности ребенка оказывают негативное действие на другие сферы, в результате может наблюдаться либо замедление темпов развития, либо наступает деградация личности в целом;

— психические нарушения приводят к социальной дезадаптации ребенка. Ребенок замыкается в себе, сужается круг лиц, с которыми он взаимодействует, нарушаются контакты с социальным окружением;

— психические нарушения оказываются барьером на пути воспитательных воздействий, ребенок становится невосприимчив к ним;

— наблюдаются нарушения в мыслительной деятельности, снижение интеллекта, "что при определенных условиях, особенно при отторжении ребенка из среды сверстников, может способствовать развитию негативных личностных качеств;

— нарушения психики и личности часто приводит к психосоматическим заболеваниям;

— нормальные дети поддаются воспитанию, они видят, как ведут себя взрослые или их сверстники и способны, подражая им, достичь известного уровня социального приспособления. Дети с отклонениями в личностном развитии испытывают трудности в вопросах самооценки и приспособления к окружающим их людям.

1. 7 Лекция № 7 (2 часа).

Тема: «Активность личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья»

1.7.1 Вопросы лекции:

1. Активность – основа усвоения личностью общественно-исторического опыта
2. Мотивы. Мотивация поведения и деятельности

1.7.2 Краткое содержание вопросов:

1. Активность – основа усвоения личностью общественно-исторического опыта

Категория активности рассматривается в психологии в двух аспектах: «активность» как общепсихологическая категория и «активность личности» как частное понятие.

Активность как общепсихологическая категория — это всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования и поддержания ими жизненно значимых связей с окружающим миром, как условие существования в мире.

Под активностью личности понимается способность производить общественно значимые преобразования окружающего мира на основе усвоенных типичных и своеобразных способов взаимодействия. Посредством активности человек приспосабливается к окружающей среде, изменяет ее, усваивает социальный опыт, расширяет связи с окружающим миром и социальной средой. Благодаря активности приобретаются собственные психические и личностные качества. Одним из важнейших аспектов понимания сущности активности личности является вопрос о причинах, побуждающих человека постоянно расширять сферу своих связей и форм поведения. Единого подхода здесь нет. Их определение, как правило, исходит из теоретических воззрений тех или иных авторов. Так, З. Фрейд полагал, что побудителем активности личности выступает одна базовая врожденная потребность — сексуальная потребность. На ее основе формируются все другие потребности. Социальная сфера, по его мнению, только придает «окраску» их проявлениям. А. Адлер в качестве источника активности выделяет стремление к власти вследствие чувства неполноценности. Американский психолог А. Бандура называет такие врожденные базовые потребности, как потребность в любви и потребность во включенности (стремление личности к помощи и контролю со стороны других).

Согласно взглядам А.В. Петровского, активность как деятельностное состояние субъекта детерминирована изнутри, со стороны его отношений к миру, и реализуется во вне — в процессах поведения, то есть имеет внутренние и внешние характеристики. Структура внутренней организации активности человека включает три компонента: мотивационный, целевой и инструментальный: 1. мотивационный компонент — предполагает ответ на вопрос, в чьих интересах и ради чего осуществляется активность. Человек, как активное существо, не только воспроизводит свои жизненные отношения с миром, у него одновременно формируются и образы этих отношений (формы субъективности, личные отношения к чему-либо), побуждающие человека быть активным, т. е. откликаться на нужды людей, решать свои проблемы и т. п. 2. целевая основа активности. Процесс удовлетворения потребности субъекта предполагает достижение тех или иных целей. Цель деятельности — это предвосхищение ее результатов, образ возможного как прообраз действительного. 3. инструментальная основа активности. Процесс осуществления деятельности предполагает использование человеком определенных средств в виде всевозможных приспособлений. Эту функцию выполняют и человеческие органы. Чтобы применить эти инструменты, человек продуманно или автоматически опирается на имеющиеся представления о том, как ими действовать. К ним относятся знания, навыки, умения. Все внутренние составляющие активности — ее мотивационная, целевая и инструментальная основа — представляют собой более или менее связанное целое. В сочетании с внешними проявлениями активности и ответными воздействиями среды они образуют систему. К внешним проявлениям активности человека относят его поведение. Поведение — это превращение внутреннего состояния человека в действия по отношению к социально значимым объектам. Как и в структуре внутренней организации активности, в поведении выделяют три основных «слоя». Один из них связан с мотивом активности, другой — с ее целями, третий — с инструментальной основой активности. Для обозначения целостного смыслового акта поведения А.В. Петровский предложил использовать термин «деятельность». Деятельность — наиболее крупная единица анализа внешних проявлений активности — целостный мотивированный акт поведения. Результатом деятельности

является динамика переживаний, выражающих отношение между субъектом потребности и объектом. Она также становится объектом переживаний и других людей и проявляется в виде этической оценки (оправданная или неоправданная деятельность, корыстная или бескорыстная и др.). Чтобы понять поведение как деятельность, надо выяснить, во-первых, мотивацию человека, то есть восстановить картину внутренней динамики (помыслов, чувств, интересов), побудивших субъекта действовать, во-вторых, особенности окружающей социальной среды, определившей направленность этого поведения. Смысл деятельности, исходя из сказанного, рассматривается как изменение отношений, существующих между субъектом и возможностями их удовлетворения. Деятельность человека реализуется в его действиях.

Действие — составная осознанная часть деятельности. Имея определенную цель, оно осуществляется разными способами в зависимости от тех условий, в которых это действие совершается. Его результатом является преобразование и познание жизненной ситуации, воссоздание и создание новых предметов человеческой культуры. Действие может быть представлено в виде сочетания более мелких фрагментов — операций. Операции обеспечивают взаимодействие между средствами, отвечающими цели субъекта. Содержание целостной деятельности соотносимо с такими понятиями, как потребности и мотивы. Поэтому анализ конкретной деятельности человека можно осуществлять только тогда, когда определены потребности и мотивы этой деятельности при достаточно четком формулировании их предметного содержания. Источником активности выступают потребности, которые находят свое выражение в мотивах деятельности.

Потребность — это внутреннее состояние личности, проявляющееся в виде дискомфортного состояния нестабильности или нужды в чем-то, находящихся, как правило, вне ее. Для удовлетворения возникшей потребности человек вынужден проявлять активность, используя свои умственные, физические и физиологические возможности, благодаря чему его жизнь приобретает целенаправленность и определенный смысл. Каждый человек испытывает потребности в пище, сне, одежде, жилище, существе противоположного пола и многие другие. Они меняются и совершенствуются в зависимости от роста общей культуры человека, общественного положения, профессиональной принадлежности и т. п. Поэтому каждый человек, несмотря на наличие общих потребностей, имеет свою потребностно-мотивационную сферу, которая и определяет направленность активности личности. В психологии потребности человека условно делятся на биологические, социальные и духовные (идеальные). Биологические потребности — это потребности, обеспечивающие жизнедеятельность человека и продолжение его рода. Это врожденные потребности. К ним относят: потребности в пище, воде, тепле, сне, в человеке противоположного пола и др. Социальные потребности — обеспечивают принадлежность личности к определенной группе людей. Это потребность в общении, в эмоциональном контакте с другими людьми, потребность в труде, потребность любить и быть любимым и др. Социальные потребности могут быть материальными и духовными. Предметы материальных потребностей — это вещи, созданные человечеством в процессе его развития: одежда, жилище, бытовые предметы, транспортные средства и многое другое. Идеальные или духовные потребности. К духовным потребностям относят потребности в разнообразных контактах человека с обществом, с искусством, литературой. Они связаны с познанием личностью окружающего мира и своего места в этом мире. Наиболее специфическим видом такой потребности выступает поиск смысла жизни, поиск своего предназначения в этом мире. Существуют и другие модели структуры потребностей личности, предложенные А. Маслоу, Х. Мерреем, СБ. Кавериним и другими, в классификацию которых положены разные основания (динамика изменения потребностей, способы их удовлетворения, основные виды деятельности). Потребности, как относительно устойчивые психические состояния, вызванные нуждой организма и личности человека, формируются в процессе взаимодействия личности с окружающей средой и во многом определяются условиями,

образом жизни и воспитанием. Процесс образования потребностей носит неравномерный, прерывистый характер. Одни потребности могут угасать, другие — возобновляться, третьи — возникать заново. Чтобы понять этот процесс, в психологии выделяют два типа потребностей: элементарные и вторичные. К элементарным потребностям относят те, без которых человек не может существовать. К вторичным — потребности, возникающие в результате возможности их выбора. Элементарные потребности являются базой для возникновения вторичных потребностей.

2. Мотивы. Мотивация поведения и деятельности

Любая деятельность человека начинается с потребностей, но ее протекание в определенном направлении управляется мотивом. Мотив — это непосредственный побудитель к деятельности. Мотив возникает в результате «встречи» с потребностью и определяется как предмет потребности. Появление мотива меняет тип поведения. Благодаря мотиву человек становится активным. Обычно действия человека побуждаются не одним, а несколькими мотивами, но одному из них принадлежит решающая роль, другим — второстепенные. Главный мотив называется ведущим, другие же, способствующие стимуляции той или иной деятельности, мотивами-стимулами.

Выделяют три группы мотивов, в основу классификации которых положены разные основания.

Первая группа — мотивы, связанные с содержанием деятельности или с ее процессом. К ним относят мотивы, побуждающие ребенка к познавательной деятельности и учению. Например, мотивы, связанные с желанием узнать новые факты, новые способы действия; мотивы, относящиеся к самому процессу учения, преодолению трудностей, возникающих при решении тех или иных задач.

Вторая группа — мотивы, появляющиеся в результате взаимодействия с социальным окружением. Это мотивы — цели. В их число входят: широкосоциальные мотивы, узколичностные мотивы, мотивы с отрицательной и положительной направленностью. Так, к широкосоциальным мотивам обычно относят такие мотивы, как чувство долга и ответственности перед обществом, семьей, друзьями, "коллективом, учителями; мотивы самоопределения, проявляющиеся в понимании значения знаний в жизни; мотивы умственного, физического, эстетического совершенствования. Узколичностные мотивы проявляются в стремлении ребенка, например, хорошо учиться, чтобы не обидеть родителей или близких, получить похвалу, подарок, утвердиться в группе. Отрицательные мотивы могут проявляться в стремлении избежать неприятностей: наказания, порицания.

Третья группа — мотивы, характеризующиеся осознанием личностью своих побуждений. Мотивы этой группы делятся на осознаваемые и неосознаваемые. К осознаваемым мотивам относят убеждения, идеалы, цели, ценностные ориентации, формирующиеся на основе мировоззрения человека, а также интересы, стремления и др.

1. 8 Лекция № 8 (2 часа).

Тема: «Развитие личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья»

1.8.1 Вопросы лекции:

1. Развитие личности
2. Социализация личности как главное условие ее развития

1.8.2 Краткое содержание вопросов:

1. Развитие личности

Педагогическая запущенность и нежелание школы организовать классы компенсирующего обучения приводит к тому, что 22,5% детей вообще не ходят в школу; 48% детей посещают школу, однако при этом испытывают острую потребность в дополнительных учебных занятиях, в развитии их коммуникативных и творческих способностей. Каждая вторая семья обеспокоена проблемами получения такими детьми

профессии, последующего жизнеустройства. В то же время, как показали исследования, около 20% обследованных детей могут вполне активно участвовать в общественной жизни наравне со здоровыми. 53% нуждается в предварительной социально-психологической и педагогической коррективке. И лишь 25% не имеют перспективы стать полноценными в социальном плане из-за тяжелых форм болезни.

Анализ результатов исследования, беседы с детьми и родителями позволили выявить главную проблему ребенка с ограниченными возможностями, которая заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, невозможность получить полноценное образование.

Среди социальных условий, имеющих важнейшее значение для реабилитации, следует назвать психологический климат семьи, семейное воспитание, условия воспитания и развития ребенка вне семьи (детский сад, школа, улица, сверстники и пр.). Действие негативных факторов указанных сфер прослеживается в 70% случаев. Нездоровый психологический климат семьи могут определять конфликты между ее членами, в частности по поводу и в связи с болезнью ребенка, излишняя тревожность, эмоциональная неустойчивость, интровертированность, ригидность матери, сниженная активность, сензитивность, неуверенность в себе. Неправильное воспитание детей с ограниченными возможностями проявляется в гиперопеке, эмоциональном неприятии, гипоопеке, потворстве, жесткости, завышенных требованиях.

Эти проблемы являются следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребенка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Следовательно, традиционный подход к решению проблем инвалидов не исчерпывает всю полноту проблем той категории взрослых и детей, о которой идет речь. В нем ярко отражен лишь негативный пласт видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей. Такая мировоззренческая парадигма, в сущности, меняет подход к системе взаимоотношений «ребенок - социум - государство»: ребенок с ограниченными возможностями - часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать в его многогранной жизни; он может быть так же способным и талантливым, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить и развить свои дарования и приносить тем самым пользу обществу ему мешает неравенство социальных возможностей; ребенок - не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве; государство призвано не просто предоставить ребенку определенные льготы и привилегии, оно должно создать систему социальных служб, позволяющих компенсировать ограничения, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития.

Выявленные проблемы позволили предположить, что большинство детей с ограниченными возможностями могут стать полноценными гражданами общества в том случае, если будут обеспечены условия целостного развития личности и социальной адаптации. Данные условия были проработаны и обеспечены в рамках комплексной программы, цели которой заключались в содействии социальной адаптации, педагогической, психологической, медицинской и профессиональной реабилитации детей с ограниченными возможностями; оказании специализированной помощи и социальной поддержки семьям, имеющим больных детей, обучении родителей детей-инвалидов методам реабилитационной работы. Аудиторий программы стал дети, испытывающие затруднения и психологический дискомфорт в массовых детских воспитательных и

образовательных учреждениях, отстающие в связи с этим в физическом и психическом развитии, но сохранившие интеллект. Человек с ограниченными возможностями, несмотря на его социальную зависимость и психологическую уязвимость, полон надежд на лучшее будущее и имеет право на счастье и полноценный труд, социальное признание и поддержку, понимание и сочувствие. Педагогическая миссия программы заключалась в том, чтобы помочь такому человеку обрести душевную гармонию, вернуть радости человеческого общения и полноценного сотрудничества, обеспечить творческий рост и расширить социальные перспективы.

Отклонения в личностном развитии охватывает большой круг явлений: аномальные привычки поведения, неадекватное реагирование в межличностных отношениях, эмоциональные нарушения, нарушения волевой сферы, антисоциальная мотивация поведения, недостатки в развитии характера и многие другие.

К наиболее распространенным отклонениям в личностном развитии детей и подростков относят аномальные привычки и различные девиации поведения, возникающие в результате соответствующих социальных воздействий.

Аномальные привычки — это своеобразные стили поведения, появившиеся в результате не критического восприятия ребенком или подростком форм поведения в конкретной социальной среде. Ребенок и подросток, не владея другими формами защиты своих прав, интересов, желаний, подражая взрослым и своим авторитетным сверстникам, начинает в общении проявлять грубость в виде сквернословия и других негативных форм реагирования. С другой стороны, в процессе взросления ребенок, став подростком, стремясь самоутвердиться в собственном воображении и в глазах сверстников, заимствует формы поведения, которые, по его мнению, делают его более взрослым. Это курение, употребление алкоголя, наркотических веществ и т. п.

В зависимости от причин, породивших аномальные привычки и различные формы девиантного поведения, выделяют следующие наиболее распространенные виды привычек:

1. *Аморальные и ассоциальные привычки поведения.* К ним относят поступки вербального (словесно-понятийного и двигательного), нравственно-поведенческого содержания, такие как сквернословие (нецензурная брань), грубый тон (крик), неискренность (лживость), употребление в речи так называемых слов-паразитов, несоблюдение санитарно-гигиенических требований по уходу за своим телом, одеждой (обкусывание ногтей на руках, отсутствие привычки мыть руки перед едой, чистить зубы, вовремя менять белье и т. п.), реакции конфликтного характера при взаимоотношениях (драчливость, повышенная моторно-двигательная и эмоциональная возбудимость).

2. *Привычки вербального и моторно-двигательного характера, обусловленные невротическими состояниями.* В их числе могут быть проявления логоневроза, повторяющиеся движения рук, головы, тики глаз, гиперемия кожи лица и др. Эти привычки чаще всего проявляются в ситуациях, порождающих у ребенка психоэмоциональное напряжение. Особенно это заметно в период болезни, во время конфликтов с родителями и сверстниками, в условиях повышенной ответственности (при невыполнении каких-то обещаний, при неподготовленности к уроку и др.). Одни дети в этих случаях становятся возбужденными, аффективными, капризными, плаксивыми, другие — стеничными, вялыми, третьи — свербобщительными и т. п.

Основными причинами появления таких привычек могут быть вегетативная неустойчивость нервной системы ребенка, особые условия воспитания детей в семье (гиперопека и др.), трудности психологической перестройки при ускоренном или замедленном физическом созревании в подростковом возрасте и др. Если детей и подростков обучать приемам общения и саморегуляции, то у них формируются адаптационные механизмы, которые способствуют их постепенному преодолению.

3. *Аномальные привычки интоксикационного генезиса.* К ним относят привычки, связанные с употреблением алкоголя, табакокурением, наркоманию и токсикоманию.

Развитие этих вредных привычек происходит постепенно. Решающее значение оказывает негативное микросоциальное окружение. Сначала подросток или юноша старается быть послушным в семье, с учителями и пытается скрывать то, что он, например, курит, пробует выпивать, и он как бы находится в двойственном положении. Эта раздвоенность позиции ведет к тому, что у детей появляются такие черты, как настороженность, хитрость, неискренность, которые со временем становятся устойчивыми личностными образованиями.

Навыки и привычки — фундамент поведения личности. На их основе формируется характер человека. Поэтому необходимо постоянно заботиться о том, чтобы с самого начала жизненного пути у ребенка формировались положительные привычки поведения. Они позволяют ему быстрее ориентироваться в жизненных ситуациях и овладевать новым опытом социальных отношений.

2. Социализация личности как главное условие ее развития

Острота проблем социокультурной интеграции и адаптации инвалидов в сложных современных условиях предполагает корректировку деятельности существующих институтов и средств освоения знаний и навыков, необходимых для полноценного участия в жизни социума. При этом в центре внимания оказываются не сами по себе учреждения образования, обслуживания, культуры, но условия, обеспечивающие их соответствие основным составляющим образа жизни инвалидов.

Социокультурная интеграция инвалидов - это процесс включения инвалидов в культуру и социум, а также его результат, проявляющийся в виде включенности инвалида в социокультурную жизнь, при которой его дефект в результате компенсации не мешает ни ему, ни окружающим в процессах социального взаимодействия. Отработанная в мировой практике реабилитационная деятельность в отношении детей-инвалидов включает следующие направления: - развитие духовных и физических способностей ребенка в период до посещения школы; содействие в получении соответствующего школьного образования, включая подготовку к нему; - обеспечение условий для участия в жизни общества детей, чьи возможности, в результате всех предварительно проведенных с ними мероприятий, окончательно признаны как допускающие обучение лишь практическим навыкам; - содействие в выполнении соответствующей деятельности при невозможности получения прогрессивного образования (в выполнении неквалифицированной работы); - установление реального и более комфортного контакта с внешним миром; - поддержка, повышение и постоянное восстановление физических и моральных сил, а также душевного равновесия; - облегчение бытовых и жилищных условий; - организация и проведение свободного времени, полноценное участие в общественной и культурной жизни. Решение проблем социокультурной интеграции инвалидов предполагает систему условий и мер, способствующих реализации социальных прав инвалида. В ряду таких условий особое место занимает институциональный пласт, и, прежде всего соответствие между социально-психологическими, образовательными, культурными нуждами и качеством деятельности организаций, предназначенных для их удовлетворения.

Последний вопрос имеет особое этическое значение. Мировая и отечественная практика свидетельствует о том, что все попытки создать специфично инвалидные субкультуры, т.е. осуществлять в отношении них сегрегацию, оканчивались неудачами с точки зрения полноценного существования инвалидов как членов общества. В быстро меняющихся современных социокультурных условиях сегрегация инвалидов приводит к тому, что они теряют ориентацию в отношении происходящего, затрудняются их сегментарные контакты с окружением. И хотя значительная часть инвалидов привыкла к сегрегации, эта форма имеет негативные последствия как для них самих, так и для тех, кому приходится работать и жить с ними рядом.

В то же время необходимо признать, что полная интеграция инвалидов в обычную социокультурную жизнь недостижима. Нет и не может быть медицинских, технических,

социокультурных средств, которые компенсировали бы серьезные дефекты (глухота, слепота, умственная отсталость, нарушение опорно-двигательного аппарата) настолько, чтобы они не замечались в обычной жизни. Поэтому культурная специфика социальных связей и отношений инвалидов в обществе будет сохраняться. Следовательно, по ходу изменений в общественной жизни на уровне социокультурной политики в отношении инвалидов следует постоянно отыскивать адекватные пропорции сегрегации и интеграции инвалидов, не нарушающие интересов ни этой, ни других социокультурных групп. Современная политика, направленная на социокультурную реабилитацию и адаптацию инвалидов, на повышение качества их жизни, базируется на системе этических принципов. В нормативной сфере это - строгое соблюдение прав человека, действующих законов, эффективное использование правовых механизмов реализации политических решений. В сфере гражданских прав - равные возможности инвалидов по отношению к здоровым лицам принимать участие во всех социально приемлемых формах социокультурной активности, взвешенное сочетание принципов интеграции и организационных мер. В сфере социокультурной жизни - стимулирование инвалидов в реализации их образа жизни, их экономической независимости, реабилитация с акцентом на первичные группы (семью, неформальные малые группы) и на квалифицированную консультативную помощь. Реализация политики такого рода предполагает организационное взаимодействие ряда ведомств, ответственных за социокультурную реабилитацию и адаптацию инвалидов, за повышение качества их жизни. Необходима разработка и реализация региональных программ, ориентированных на обеспечение инвалидам условий для полноценного включения во все доступные для них формы культурной деятельности.

1. 9 Лекция № 9 (2 часа).

Тема: «Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в системе межличностных отношений»

1.9.1 Вопросы лекции:

1. Малая группа. Истоки возникновения групповых отношений и некоторые особенности их становления у детей с ограниченными возможностями здоровья
2. Концепции развития малой группы
3. Межличностные отношения в детских и подростковых группах
4. Детская группа как субъект формирования личности ребенка

1.9.2 Краткое содержание вопросов:

1. **Малая группа. Истоки возникновения групповых отношений и некоторые особенности их становления у детей с ограниченными возможностями здоровья**

Малая группа— это достаточно устойчивое объединение людей, связанных взаимными контактами.

Малая социальная группа— немногочисленная группа людей (от 3 до 15 человек), которые объединены общей социальной деятельностью, находятся в непосредственном общении, способствуют возникновению эмоциональных отношений.

При большем количестве людей, группа, как правило, разбивается на подгруппы.

Отличительные признаки малой группы:

- Пространственное, и временное соприкосновение людей. Это соприкосновение людей дает возможность личных контактов.
- Наличие постоянной цели совместной деятельности.
- Наличие в группе организующего начала. Оно может быть персонифицировано в ком-либо из членов группы (в лидере, руководителе), а может и нет, но это не означает, что нет организующего начала. Просто в этом случае функция руководства распределена между членами группы.

- Разделение и дифференциация персональных ролей (разделение и кооперация труда, властное разделение, т. е. активность членов группы не является однородной, они вносят свой, разный вклад в совместную деятельность, играют разные роли).

- Наличие эмоциональных отношений между членами группы, которые влияют на групповую активность, могут приводить к разделению группы на подгруппы, формируют внутреннюю структуру межличностных отношений в группе.

- Выработка специфической групповой культуры — нормы, правила, стандарты жизни, поведения, определяющие ожидания членов группы по отношению друг к другу.

При обследовании психологических особенностей инвалидов детства представляется важным сравнительное со здоровыми детьми изучение выраженности их эгоцентрической позиции. Данная проблема актуальна ввиду распространенности детской инвалидности и отчужденности аномальных людей от остального мира.

Невостребованность молодых инвалидов на рынке труда и их социальная изоляция препятствуют формированию у них активной жизненной позиции. У многих подростков-инвалидов не складывается устойчивая положительная самооценка. У значительной части не формируется базовое чувство доверия к миру. В связи с этим нередко инвалиды детства воспринимают всех людей как недоброжелательное окружение. Многие подростки и молодые люди, даже не отстающие от здоровых сверстников в интеллектуальном развитии, не живут полноценной жизнью, у них не формируются достаточная мотивация и навыки общения, результатом чего являются их замкнутость, отгороженность от людей.

Происходит то, о чем давно предупреждают и философы, и психологи, изучающие отношение государства и общества к инвалидам детства: намечается раскол, социальное расслоение общества и маргинализация аномальных людей; очевидной становится недостаточность терпимости и заботы общества об инвалидах; у людей с ограниченными возможностями появляются чувства заброшенности и отчужденности от остального общества. Как отмечают культурологи, социальная дезадаптация приводит к «болезненно переживаемым отклонениям от нормы, утрате привычных контактов со своей средой обитания, нарушению способности играть свойственные человеку жизненные роли». В этих условиях возможны формирование у подростков-инвалидов «диффузной» идентичности и длительная задержка на эгоцентрической позиции.

2. Концепции развития малой группы

Важнейшим вопросом социально-психологического анализа малых групп является проблема их становления и развития. Особый интерес к данной проблеме возник в конце XIX в. и не снижается до сих пор. Изучением групп из числа зарубежных авторов занимались такие ученые, как Э. Дюркгейм, Г. Тард, Ф. Теннис, В. Меде, К. Левин, Ф. Олпорт, Ч. Бернارد, Т. Ньюком, М. Шериф, Ч. Кули, Ш. Бюлер и многие другие. Они исследовали процессы, происходящие в обществе, специфические особенности человеческого существования и, тем самым, создавали основу для теоретического и эмпирического исследования малых групп. Многие из них изучали и сами малые группы.

В настоящее время в западной психологии в изучении малых групп сложилось три основных исследовательских подхода: социометрический, социологический и «групподинамический».

1. Социометрическое направление — связано с именем Дж. Морено. Теоретическими посылками данного направления является стремление объяснить все стороны социальной жизни, в том числе экономические, политические, состоянием эмоциональных отношений между людьми, их симпатиями и антипатиями по отношению друг к другу. Методика, предложенная Дж. Морено, широко применяется для изучения системы эмоциональных отношений в малой группе. Она позволяет выразить количественно и графически структуру межличностных отношений в группе, исходя из

числа и характера взаимных выборов ее членов по определенному социометрическому критерию.

2. Социологическое направление. В исследовании малых групп делается акцент на изучение закономерностей их функционирования в обществе. Данное направление связывается с традицией, которая была заложена в экспериментах Э. Мэйо. Изучая малые группы, он пришел к выводу о существовании в ней двух типов структур, формальной и неформальной, что открыло широкую перспективу для исследований в социальной психологии.

3. Школа «групповой динамики». Изучение малых групп базируется на разработанной К. Левиным «теории поля». Центральная идея «теории поля» состоит в том, что законы социального поведения следует искать через познание социальных и психологических сил, детерминирующих его. Важнейшим методом анализа сил «психологического поля» явилось создание в лабораторных условиях групп с заданными характеристиками и последующее их изучение. Совокупность этих исследований получила название «групповой динамики». По определению К. Левина, «групповая динамика» — это дисциплина, исследующая положительные и отрицательные силы, которые действуют в данной группе.

В отечественной психологии на изучение проблем «малой группы» большое влияние оказали идеи В.М. Бехтерева о функции коллективных целей, о факторах согласования индивидуальных и выработки коллективных действий, о типологии коллективов и многие другие, высказанные им в 20-е годы. Активно изучением проблем малой группы в 20—30 гг. занимались Б.В. Беляев, А.С. Залужный, А.С. Макаренко и др.

Но наибольшее число исследований по данной проблематике приходится на последние десятилетия XX века. В это время складываются социально-психологические центры в Ленинграде, Москве, Ярославле, Курске, Костроме и других городах, которые были ориентированы, главным образом, на проблематику малых групп и коллективов, функционирующих в сфере образования.

На основе выполненных в них в 70-е и в последующие годы исследований в изучении малой группы сложился ряд исследовательских подходов: методологический; деятельностный; стратометрический, параметрический; организационно-управленческий; социометрический, социально-перцептивный, каждый из которых предлагал свои концепции развития малой группы.

Наиболее рельефно из названных концепций и направлений выделяются две концепции: стратометрическая концепция, или концепция опосредования деятельностью межличностных отношений (А.В. Петровский), и параметрическая концепция, или концепция поэтапного развития группы как коллектива (Л.И. Уманский).

Стратометрическая концепция, названная позже психологической теорией коллектива, разработана в середине 70-х годов А.В. Петровским и его сотрудниками. В ней был представлен новый подход к анализу межличностных отношений в малых группах с целью выявления принципиальных отличий групп высшего уровня развития — коллективов — от всех других видов групп.

Стратометрическая концепция распространяла принцип деятельности на область социальной психологии. Так же как индивид в предметной деятельности преобразует окружающий мир и посредством этого изменяет себя, становясь личностью, социальная группа в совместной социально значимой деятельности преобразует окружающую действительность и посредством этого изменяет систему межличностных отношений, становясь коллективом.

Системообразующим признаком коллектива в данной концепции выступает деятельностное опосредование. Осуществляя свою цель в конкретном предмете деятельности, группа тем самым изменяет себя, совершенствует свою структуру и преобразует систему межличностных отношений. Характер и направленность изменений, происходящих в ней, зависит от конкретного содержания деятельности и ее ценностей,

исходящих из более широкой социальной общности. Содержание совместной деятельности членов группы опосредует все процессы внутригрупповой динамики: развитие межличностных отношений» восприятие партнерами друг друга, формирование групповых норм и ценностей, форм сотрудничества и взаимной ответственности.

Согласно стратометрической концепции, коллектив обладает глубинной, многоуровневой (стратометрической) структурой. Центральное звено групповой структуры (страта А) образует сама групповая деятельность, ее содержательная, общественно-экономическая и социально-политическая характеристика.

Первый слой (страта Б) фиксирует отношение каждого члена группы к групповой деятельности, ее целям, задачам, принципам, на которых она строится, мотивацию деятельности, ее социальный смысл для каждого участника.

Во второй страте (В) локализуются характеристики межличностных отношений, опосредованных содержанием совместной деятельности (ее целями, задачами, ходом выполнения), а также принятыми в группе принципами, идеями, ценностными ориентациями. В ней происходит совпадение ценностей, касающихся совместной деятельности, развитие определенной мотивации членов группы, эмоциональной идентификации с группой и пр.

Выделяется также третий слой (Г), где фиксируются поверхностные связи между членами группы. Это те же межличностные отношения, та их «часть», которая построена на непосредственных эмоциональных контактах, где ни коллективные цели деятельности, ни общезначимые для коллектива ценностные ориентации не выступают в качестве основного фактора, опосредующего личные контакты членов группы.

Согласно данной концепции, группы в своем развитии могут проходить несколько стадий, которые типологически объединяются в пять позиций (см. рис. 7.1).

1) Диффузные группы — общности, где люди только соприсутствуют (экскурсия, пассажиры автобуса, учебная группа в первый день занятия и др.), где отсутствие опосредования межличностных отношений обусловлено отсутствием совместной деятельности.

2) Просоциальная ассоциация — общность, где высокий уровень развития социальных ценностей лишь в очень слабой мере опосредует групповые процессы. Возможно, это только что созданная группа с далеко еще не сложившейся совместной деятельностью. Здесь успех одного человека не определяет успешности деятельности других, и неудача одного не влияет на результаты другого. Нравственные ценности в такой группе функционируют, но они не отработаны в процессе общения и совместного труда, а привнесены из широкой социальной среды. Их дальнейшая судьба зависит от того, будет ли налажена многоплановая совместная деятельность, которая их повседневно созидает и укрепляет.

3) Асоциальная ассоциация — общность, где взаимоотношения людей фактически не опосредуются общими факторами совместной деятельности, а обнаруживают зависимость от асоциальных взглядов и представлений. Например, группа агрессивных настроенных подростков, где опосредование межличностных отношений какой-либо деятельности минимально — при максимально асоциальных опосредующих факторах.

4) Антиобщественная корпорация — группа, где налицо высокий уровень опосредования взаимоотношений индивидов, но факторы, которые их опосредуют, являются глубоко реакционными, враждебными социальному прогрессу.

5) Коллектив — группа, объединенная общими целями и задачами людей, достигшая в процессе совместной деятельности высокого уровня развития и отвечающая требованиям общественного прогресса. Высокая социальная значимость факторов в максимальной степени определяет и опосредует межличностные отношения, делает такое сообщество высоко сплоченным.

3. Межличностные отношения в детских и подростковых группах

Основным условием для возникновения межличностных отношений выступает совместная деятельность. Детей объединяет не только непосредственная симпатия друг к другу, но и отношения, связанные с выполнением тех или иных заданий. Целостная система отношений со своей структурой и динамикой начинает складываться в ходе возникновения ролевой игры, т. е. в ведущем виде деятельности дошкольника. По мере ее развития все более заметными становятся структурные компоненты межличностных отношений, включающие в себя функционально-ролевые, эмоционально-оценочные и личностно-смысловые отношения (А.В. Петровский, 1982), которые постепенно начинают выполнять роль регуляторов во взаимоотношениях с людьми.

Функционально-ролевые отношения проявляются в различных видах деятельности (трудовой, учебной, игровой, продуктивной и др.) и разворачиваются в ходе усвоения ребенком норм и способов действий в группе под непосредственным руководством и контролем со стороны взрослого или же самостоятельно в неформальных группах. Они позволяют ответить на вопросы: «в какой конкретной совместной деятельности они возникают» и «что они отражают?»

Эмоционально-оценочные отношения дают возможность понять: соответствует ли поведение детей в группе социальным нормам? Какие эмоции оно вызывает? Что нравится или не нравится им в сверстниках? Основная функция эмоционально-оценочных отношений в детской и подростковой группе — осуществление коррекции поведения сверстника в соответствии с принятыми нормами совместной деятельности.

Личностно-смысловые отношения — это взаимосвязи в группе, при которых мотив одного ребенка приобретает для других сверстников личностный смысл, значение — «для меня». При этом участники совместной деятельности начинают переживать интересы и ценности этого ребенка как свои собственные, ради которых они, принимая различные социальные роли, действуют.

То есть, включаясь в различные виды деятельности и выполняя соответствующие роли, дети и подростки не только познают мир взрослых, но, прежде всего, учатся взаимодействовать с людьми, осваивая, таким образом, нормы человеческих отношений.

Важнейшим фактором формирования личности ребенка, включенного в межличностные отношения, является деятельностное опосредование, выступающее как стимулирующий признак коллектива. Основными опосредующими факторами межличностных отношений выступают:

- форма организации совместной деятельности детей. Чем выше степень совместимости деятельности детей в группе, тем рельефнее проявляются отношения взаимной согласованности, сотрудничества;

- мотивация совместной деятельности детей, выступающая в виде отрицательного или положительного побуждения, стимулирования-наказания или награды членов группы за успехи и неудачи совместной деятельности;

- содержательные характеристики совместной деятельности, т. е. то ради чего, во имя каких ценностей она совершается.

По форме организации совместную деятельность подразделяют на: регламентированную и нерегламентированную.

Регламентированная совместная деятельность — это деятельность детей в детских садах, школах, временных детских коллективах по самообслуживанию, выполнению посильных форм общественно-полезного труда, продуктивной совместной деятельности, представляющей собой творческую активность в художественно-изобразительной, технической и конструктивной жизнедеятельности общества. Все виды регламентированной деятельности в значительной степени задаются, контролируются и оцениваются взрослыми.

Нерегламентированная совместная деятельность — это творчество самих детей. К ней относят игровую деятельность и самостоятельную организацию сферы досуга и общения.

Основными признаками совместной деятельности являются:

- единство всех членов группы по месту, времени и действию;
- совпадение индивидуальных целей с групповой целью либо групповая цель становится целью каждого члена группы;
- наличие связей, взаимозависимости в процессе деятельности;
- наличие совместных переживаний, благодаря которым в детской группе особой силы достигают социально-психологические эффекты подражания взрослым и сверстникам, уподобление себя им и их себе. Если же группа переходит к межгрупповому взаимодействию, становится ячейкой более широкой общности, в ней формируется коллективистская направленность, группа достигает высшего уровня развития — превращается в коллектив.

4. Детская группа как субъект формирования личности ребенка

На основе параметрической концепции развития группы как коллектива разработана система диагностической оценки уровня развития детских групп (классных коллективов, реабилитационных групп), которая широко используется в школьной и социально-реабилитационной практике. Для того чтобы определить уровень развития группы, берутся за основу структурные компоненты детской группы, которые можно изучать и измерять. Такими параметрами (компонентами) группы являются:

- направленность активности группы;
- организационное единство;
- интеллектуальное единство;
- психологический климат;
- волевое единство;
- эффективность деятельности группы.

По результатам исследования строится профиль группы, дается количественная и качественная характеристика и делается вывод об уровне развития детской группы как субъекта деятельности и субъекта общения (высокий, средний, низкий уровень развития).

Рассмотренные концепции развития групп как коллективов представляют теоретический и практический интерес для организации социально-реабилитационной практики с детьми, имеющими ограниченные возможности жизнедеятельности. Знание социально-психологических характеристик функционирования малой группы и основных закономерностей ее развития создает благоприятные условия для организации эффективной коррекционной и развивающей работы с детьми в условиях функционирования различных детских групп.

Эффективность социальной реабилитации в условиях функционирования группы находится в пропорциональной зависимости от уровня ее развития. Особенно это заметно в работе с детскими коррекционными группами. По данным А.И. Захарова (1982), они в своем поступательном движении проходят три фазы. В первой фазе — ориентации группы — происходит эмоциональное объединение детей в группу и появление в ней однородных устремлений. В этой фазе возможно устранение критического периода в жизни группы, ее эмоционального расторможения. Во второй фазе — дифференциации группы — оформляются статусные различия, симпатии, антипатии детей. Возможно появление второго критического периода, обусловленного отражением в группе конфликтных позиций в жизни детей. В третьей фазе — интеграции группы — отмечается стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие групповых отношений. Именно на этой стадии и достигается психокоррекционный эффект.

Специалист по социальной реабилитации, организуя групповые занятия с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, должен помнить, что динамика уровня ее развития во многом зависит от соблюдения соответствующих требований и условий. Он должен:

- знать специфические особенности развития детской группы как коллектива;
- иметь четкое представление о типе создаваемой группы, ее целях и задачах;

- владеть диагностическими средствами отбора членов группы. Стремиться к тому, чтобы в группе были дети одного возраста;
- не включать в группу детей, имеющих противопоказания к групповой деятельности (повышенная возбудимость или заторможенность, глубокая депрессия и др.);
- знакомить детей с правилами, которыми руководствуется группа в своей деятельности;
- избегать таких форм работы в группе, к которым дети не подготовлены, создавать в их групповой деятельности ситуации успеха;
- широко пользоваться средствами психологической поддержки и психологического воздействия (похвала, замечание, поощрение и др.).

1. 10 Лекция № 10 (2 часа).

Тема: «Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений»

1.10.1 Вопросы лекции:

1. Проблемы организации жизнедеятельности и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье
2. Социально-психологическая реабилитация родителей как решающее условие их подготовки к воспитанию ребенка с ограниченными возможностями здоровья
3. Социально-психологические особенности воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье

1.10.2 Краткое содержание вопросов:

1. Проблемы организации жизнедеятельности и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье

При планировании социальной работы с семьями необходимо учитывать как минимум три типа социально-демографических характеристик семей: социально-демографический состав и тип семей; возраст и образование родителей детей-инвалидов; возраст и реабилитационный потенциал детей-инвалидов. Социально-демографический состав содержит информацию о размере семей, в том числе о количестве иждивенцев и работоспособных членов, осуществляющих уход за детьми-инвалидами. Тип семей позволяет разделить семьи на полные, состоящие из родителей в разводе, вдовы, матерей одиночек, опекуны. В первую очередь следует обращать внимание на факторы, осложняющие процессы воспитания детей-инвалидов, приводящие к возникновению сложных жизненных ситуаций. Они могут возникать в семьях, нуждающихся в получении посторонней помощи по уходу, например, в семьях с одним родителем, с детьми младшего возраста, включая ребенка-инвалида, а также другими членами семей, требующими заботы и внимания по причине пожилого возраста и потери трудоспособности. Следует иметь в виду, что по данным социологических исследований, в большинстве семей родители детей-инвалидов проживают отдельно от других родственников (72% семей). Таким образом, именно на них ложится основная нагрузка по уходу и воспитанию. 44% полных семей и 40% неполных семей с детьми-инвалидами, имеют в своем составе вторых и третьих детей, которые также требуют заботы и внимания. Примерно пятая часть семей имеет в своем составе других инвалидов - 21%. Среди них больше всего лиц старшего возраста (бабушек и дедушек) - 10%, есть другие дети-инвалиды 4%, а также сами родители - 7%. Третья часть детей-инвалидов воспитываются только одним родителем (32% неполных семей). Возраст и образование родителей являются факторами, определяющими возможности семей в воспитании детей-инвалидов, в том числе готовность принимать участие в проведении коррекционно-воспитательной работы. По этой причине программы поддержки семейного воспитания

детей-инвалидов, предполагающие участие родителей, следует проводить с учетом их возраста и уровня образования в каждой отдельно взятой семье. Исследования показывают, что чем выше образование матерей, тем более успешно они овладевают навыками коррекционной работы. Среди них больше тех, кто имеет высокую степень владения соответствующими навыками, меньше тех, кто не владеет совсем. Среди матерей со средним образованием, напротив, больше тех, кто не владеет навыками коррекционной работы. Следовательно, женщинам с низким уровнем образования требуются более детальные обучающие программы и усиленная поддержка со стороны медико - социальных служб. В целом, обучение родителей основным навыкам по проведению коррекционно - воспитательной и педагогической работы является весьма актуальным. Несмотря на декларируемую готовность большинства из них проводить специальные занятия с детьми, только 21% родителей имеют высокий уровень подготовки, большинство - низкий и 25% не владеют совсем. Сложности семейного воспитания детей-инвалидов возникают в зависимости от их возраста и реабилитационного потенциала. Возрастной состав детей-инвалидов имеет определенную структуру, в составе которой дети-инвалиды распределяются на четыре основные группы с рождения до 18 лет. Согласно данным Министерства труда и социального развития РФ, в возрастной структуре детей-инвалидов самой многочисленной является группа 10-14 лет (47%); второй по численности - дети 5-9 лет (29%); третьей - дети в возрасте 0-4 года (14%).

5 Показатели реабилитационного потенциала включают в себя данные о состоянии здоровья и ограничениях жизнедеятельности детей-инвалидов. Поскольку дети не разделяются по группам инвалидности трудно провести сравнительную оценку их жизнедеятельности. Вместе с тем, в качестве интегрального показателя возможно использование данных их "реабилитационного потенциала", которые устанавливаются экспертами Бюро медико - социальной экспертизы и используются в программах реабилитации. Реабилитационный потенциал характеризует степень способности инвалида к взаимодействию с социальной средой, а также комплекс его биологических и психологических характеристик. Он разделяется на три уровня: высокий, удовлетворительный и низкий.

6 Согласно данным исследований 69% детей-инвалидов имеют удовлетворительный реабилитационный потенциал, чуть менее трети (28%) - низкий и около 3% - высокий. Медицинская оценка уровня реабилитационного потенциала основывается на показателях ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов и степени их выраженности. Использование показателей реабилитационного потенциала и возраста детей-инвалидов позволяет планировать социальную работу с семьями с учетом влияния этих данных на процессы воспитания, а также рассматривать его развитие в зависимости от социально- демографических характеристик семей.

2. Социально-психологическая реабилитация родителей как решающее условие их подготовки к воспитанию ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Одним из ресурсов семей в процессе воспитания детей-инвалидов является информационная поддержка по вопросам социальной защиты и помощи. Дефицит информационного ресурса лишает родителей возможности использовать необходимую социальную помощь, создает препятствия для решения семейных проблем. По данным социологического исследования 9 Приведем ниже данные интервью матери ребенка-инвалида, описывающее типичный случай из практики по предоставлению информации для этой категории граждан: "Когда нам давали инвалидность, мне что-то сказали, вроде бы есть такие центры. Я просидела там три часа в очереди, девочка была очень уставшая, есть хотела, и я не стала сама расспрашивать, а они сами не очень пытались рассказать " (Инна К., 28). , только 16,7% ответили, что знают соответствующее законодательство. Наиболее оперативным источником получения информации о законодательстве для родителей являются знакомые. Этот источник указали 49,2% опрошенных. Чуть более трети родителей получают необходимую информацию от работников отдела социального

обеспечения и от врача. Еще для одной пятой источником информации является пресса. Методы распространения информации среди семей с детьми-инвалидами не соответствуют реальной ситуации, при которой родители готовы получать и воспринимать информацию. По мнению матерей детей-инвалидов, наиболее подходящим местом для получения информации могли бы стать любые общественные точки: сберкассы, почты, школы, поликлиники, больницы, консультативные центры и др. Информация может рассылаться по почте, располагаться на стендах в социальных учреждениях, распространяться по телефону. Важную роль в распространении информации могли бы иметь СМИ. Таким образом, результаты анализа социального положения семей с детьми-инвалидами дают возможность выделить широкий ряд факторов, позволяющих изучить проблемы семей, показать специфику воспитания детей-инвалидов. При подготовке детей-инвалидов к семейной жизни оказывать социальную помощь семьям адресно, максимально учитывая ресурсы семей. Ресурсы и барьеры семейной жизни В биографиях взрослых инвалидов есть немало примеров, как по-разному выстраивались в их семьях детско-родительские и супружеские отношения, что влияло на судьбы людей, кто участвовал в их жизни, кому они сами помогли состояться. Так, чрезмерный контроль и неверие в самостоятельность ребенка в отношениях родителей к детям-инвалидам может стать причиной последующей изоляции взрослого человека с инвалидностью, привести к снижению шансов на собственную семейную жизнь. Нередко случается так, что семья или образовательные учреждения вносят вклад в воспроизводство того неравенства, которая существует в обществе. Если инвалиды выучивают роли пассивных и зависимых в семье или в школе-интернате, они испытывают затем трудности во взрослой жизни. Однако, речь не о том, что инвалиду не нужна помощь, или что семья инвалида должна от нее отказываться. Несмотря на то, что для большинства из нас очевидна формула «мой дом - моя крепость!», что семья закрыта от государства и любого внешнего воздействия, все же внешнее вмешательство в частную жизнь инвалидов зачастую становится неременным условием совладания с повседневными сложностями. К сожалению, там, где подобные услуги недоступны или их объем и качество оставляют желать лучшего, семья может испытывать огромные физические и эмоциональные нагрузки, подвергаясь стрессам и распаду. И все же, для многих молодых женщин и мужчин инвалидность не означает изоляцию и одиночество, отказ от приключений, жизненных открытий и испытаний. Это испытание, благодаря которому можно выразить и укрепить себя, например, через любовь - к жизни, к людям и к себе. На собственном примере показывают, что свою судьбу, свою биографию они делают сами, с помощью родных и близких. Отметим, что среди инвалидов не так уж часто можно встретить состоятельных людей, которые могли бы приобрести для себя специальные приспособления с дистанционным управлением - двери, бытовую технику. Однако, очень многие из тех, в чьей жизни есть место ребенку или взрослому с инвалидностью, постоянно осуществляли изменения в том, как они работают и живут. Принять инвалидность - это лишь первое сражение; второе испытание - это изменение, и как только члены семьи определяют и принимают инвалидность человека, они могут двигаться дальше, чтобы удовлетворить потребности этой личности. Некоторые из таких изменений будут осуществляться по необходимости, путем проб и ошибок, другие - потому, что мы осознаем, как они улучшают жизнь человека с инвалидностью и его семьи. Эти изменения, кроме того, позволяют снизить тот стресс, который неизменно присутствует в повседневных хлопотах семей инвалидов - особенно в российских условиях, где пока еще не создана соответствующая физическая среда и не сформировалась достойная система поддержки. Бывает, что семья превращается как бы в закрытую капсулу, замыкаясь от общества, сокращая контакты с родственниками и знакомыми, а бывает и так, что только член семьи с инвалидностью чувствует себя в замкнутом пространстве, не бывая во внешнем мире. Такая закрытость вредна для инвалида и всей семьи, она угнетает психику, ухудшает характер и приводит к депрессии.

Иногда властные родители, любя своего ребенка, чрезмерно заботясь о нем, не позволяют ему никаких самостоятельных действий или решений, и фактически не оставляют возможности для взросления. Такое доминирование может стать причиной семейных конфликтов и нередко встречает сопротивление со стороны детей. При совместном же совладании с испытаниями, в условиях уважения человеческого достоинства в ребенке, в семье формируется иной тип отношений. Такие отношения основываются на признании относительной независимости и обязательной взаимопомощи, где важную роль играют самооценка членов семьи, участие родственников, соседей, сообщества.

3. Социально-психологические особенности воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье

Социально-психологический климат семей, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья, представляет еще одну важную характеристику для планирования социальной работы и развития программ семейного воспитания. Он формируется под влиянием множества факторов, основными из которых являются характер взаимоотношений между супругами и отношение членов семей к инвалидности детей. После того, как дети становятся или рождаются инвалидами, отношения между (-34-) супругами проходят через определенные испытания, поэтому могут претерпеть существенные изменения. Согласно данным социологических исследований 7 Социально-психологический климат семей меняется в зависимости от характера отношений членов семей к детям-инвалидам. Незнание родителями основных педагогических, коррекционно-воспитательных и психологических особенностей воспитания детей-инвалидов приводят к развитию гиперопеки в отношении этих детей, что значительно затрудняет процессы их социализации и в том числе подготовку к семейной жизни. , семьи, в которых отношения ухудшились, составляют не менее 10%. В тоже время есть семьи, в которых родители отмечают улучшение отношений, считают, что беда их сплотила, объединила в экстремальной ситуации, укрепила принцип "опоры друг на друга". По разным данным такие семьи составляет от 8% до 28%. Следует учитывать, что в кризисных условиях российского общества одной из причин, определяющих характер взаимоотношений между родителями, а также психологический климат семей являются такие составляющие социального неблагополучия, как алкоголизм родителей, наркомания и люмпенизация. Учет подобных факторов требуется для проведения адекватной работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов. 65% родителей отмечают адекватное отношение к детям-инвалидам. Более трети родителей (34%) проявляют гиперопеку по отношению к ним. Неблагоприятный психологический климат семьи, в которой есть ребенок-инвалид, несут слишком много отрицательных последствий для родителей и для ребенка. Поэтому необходима своевременная социальная поддержка родителей и родственников, осуществляющих уход за детьми-инвалидами: информационная, психологическая и методологическая, способствующая разрешению возникающих проблем семейного взаимодействия и воспитания детей-инвалидов. Учреждениям социального обслуживания следует направлять усилия на проведение социальной работы с семьями для преодоления множественных кризисных проявлений, разделять с ними заботу о детях-инвалидах.

1. 11 Лекция № 11 (2 часа).

Тема: «Общение как важнейший компонент социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья»

1.1 Вопросы лекции:

1. Общение – специфическая форма взаимодействия между людьми
2. Развитие речи как средства общения у детей.

1.11.2 Краткое содержание вопросов:

1. Общение – специфическая форма взаимодействия между людьми

Общение — специфическая форма взаимодействия человека с другими людьми как членов единого общества. В общении реализуются социальные отношения людей. Можно сказать, что любое взаимодействие между людьми — это и есть общение. Например, ты улыбнулся незнакомому человеку на улице, а он тебе; ты поднял руку своему знакомому в знак приветствия, а он ответил тем же; ребенок просит игрушку, указывая в ту сторону, где она находится, а вы ее берете и подаете ему. Как видим, в качестве знаков-средств общения выступают и мимика, и жесты, и действия, и слова.

То есть, общение это не просто взаимодействие, а сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый совместной деятельностью и включающий в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятия и понимания партнеров по общению.

Благодаря общению человечество создает и передает от поколения к поколению общественный опыт, знания, формы культуры, традиции, нравы, обычаи, реализует свои потребности во взаимодействии с другими людьми. В общении раскрывается внутренний мир человека, его индивидуальные особенности, проявляется характер, культура, интеллект. В результате общения с другими людьми человек становится личностью.

Общение в жизни человека выполняет различные функции. В наиболее распространенной классификации выделяют три его стороны: коммуникативную, интерактивную и перцептивную.

Коммуникативная сторона общения — это обмен информацией между партнерами. Задача говорящих в процессе передачи информации — повлиять друг на друга, обогатиться знаниями, сведениями, которыми располагает партнер по общению, уточнить непонятное и т. п. Коммуникативное сообщение предполагает также выработку новой информации, представляющей интерес для общающихся людей.

Интерактивная сторона общения характеризуется тем, что в ходе общения люди стремятся не только передать информацию, но и повлиять друг на друга. Данная задача реализуется партнерами по общению в процессе организации ими своеобразной совместной деятельности, основанной на межличностном взаимодействии. Каждый участник вносит в это взаимодействие свои мысли, реакции в виде выразительных жестов, и это продолжается до тех пор, пока информация не будет понята партнерами по общению.

Перцептивная сторона общения предполагает взаимное восприятие общающимися друг друга с целью более полного взаимопонимания. В процессе общения его участники пытаются по некоторым признакам (внешности, одежде, манерам поведения, жестам, мимике, характере проявления эмоций, речи, строении черт лица, тела и др.) определить характер своего партнера и на основании сложившегося образа выбрать приемлемые формы общения и поведения.

Основными психологическими средствами познания другого человека в общении выступают идентификация (суждения о людях по аналогии с самим собой), стереотипизация (сложившиеся в обществе стереотипы, по которым прогнозируются некоторые черты характера: узкий лоб — глупый, массивный подбородок — агрессивное поведение и т. д.), эффект первичности (первое впечатление о человеке оказывается более сильным, чем все последующие), эффект ореола (проявляется в устойчивости первого впечатления и в нежелании его изменять) и др.

Кроме того, на восприятии одного человека другим сказываются личностные и профессиональные качества человека, а также опыт общения и взаимодействия с другими людьми. Незнание особенностей проявления в общении названных механизмов может привести к искаженному восприятию человека. Наиболее распространенные ошибки, которые встречаются при познании одного человека другим, — предубеждения, предрассудки и необъективная оценка. Знание названных механизмов позволяет более

точно прогнозировать поведение партнера, а сам процесс общения становится более предсказуемым. Наиболее полное использование названных трех сторон такого уникального человеческого феномена, как общение, в единстве — важное условие оптимизации совместной деятельности и взаимоотношений.

Процесс передачи информации в общении осуществляется с помощью различных знаковых систем. Выделяют два вида коммуникации: вербальную — в качестве знаковых систем используется язык, и невербальную — в ходе данной коммуникации применяются различные неречевые знаковые системы.

Главным средством вербальной коммуникации является язык.

Язык — это система знаков, выражений, действий и правил, используемых для передачи мысли другим людям. Общение для партнеров доступно лишь тогда, когда используется один и тот же язык.

Основной единицей языка является слово. Слово — это знак, символ, значение, посредством которого обозначаются все явления реального мира, встречающиеся в жизнедеятельности человека. Язык реализуется в речи. Речь — это язык в действии, исторически сложившаяся в ходе взаимоотношений и преобразующей деятельности людей форма общения, опосредованная языком. С точки зрения учения И.П. Павлова, физиологической основой речи является наличие у человека второй сигнальной системы. Слово как раздражитель выступает в нескольких формах: слуховой, зрительной, двигательной и осязательной. Соответственно в мозгу формируются адекватные центры. Как установлено, речевые центры возбуждаются не только в момент проговаривания, но и во внутренней речи.

Речь включает в себя внешний (чувственный) и внутренний компоненты.

Внешний компонент проявляется в действиях артикуляционного аппарата, в произнесении голосом слов и словосочетаний, в жестах, мимике, пантомимике. Чувственный компонент — это эмоциональная окрашенность речи. Он связан с передачей чувств и отношений говорящего человека к предмету — спокоен, огорчен, взволнован.

Внутренний компонент — с его помощью происходит перестройка чувственных данных, их осознание и мотивация в определенной системе понятий и суждений.

2. Развитие речи как средства общения у детей.

Речь — инструмент развития высших отделов психики человека. Задержка речевого развития на первых возрастных ступенях не может быть в полной мере компенсирована впоследствии. Внимание к развитию речи ребенка особенно важно потому, что в это время интенсивно растет его мозг и формируются психические функции, которые в детстве легко поддаются тренировке.

Речь у человека возникает на самых ранних стадиях детского возраста и совершенствуется на протяжении всей его жизни. Появление и развитие речи как формы общения, опосредованной языком, возможно, во-первых, тогда, если исправно функционируют все органы, участвующие в ее производстве: мозг, представляющий центральное звено речевой деятельности и исполнительные органы речевого механизма — полость рта и носа, зубы, губы, язык, гортань, легкие. Во-вторых, когда есть активное взаимодействие ребенка и взрослого в эмоциональной, игровой, учебной и других видах деятельности. В результате у ребенка возникает потребность в общении, появляются определенные коммуникативные качества, пополняется словарный запас, совершенствуется внутренняя и внешняя речь.

Чтобы речь ребенка успешно развивалась, ему за короткий промежуток времени предстоит овладеть следующими основными навыками и умениями:

- вычленять определенные звукокомплексы (слова) из целого речевого потока, который дети постоянно слышат;
- осуществлять фонематический анализ, то есть уметь различать сходные звуко сочетания и слова;
- понимать слова, то есть соотносить выделенные слова к определенному объекту;

- обобщать однородные предметы и обозначать их одним и тем же определенным словом;
- понимать целое предложение, то есть группы слов, объединенных определенными грамматическими связями;
- владеть механизмом речепроизношения (артикуляцией);
- отбирать в каждом отдельном случае нужные слова, и, организуя их в определенные грамматические структуры, выражать свои мысли в понятных другим людям предложениях.

К сожалению, у детей дошкольного возраста в развитии речи часто возникают нарушения и различного рода расстройства. Особенно этим страдают дети с отклонениями в развитии. У большинства из них речевые отклонения являются доминирующими, так как у них нарушается способность к приему и переработке информации

Нарушение речи — это отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности. Расстройство речи — это нарушение вербальной коммуникации. Расстроеными оказываются не только механизмы и средства речи, но и взаимоотношения, объективно существующие между индивидом и обществом и проявляющиеся в речевом общении. По данным Л.С. Волковой, речевые нарушения характеризуются следующими особенностями:

- не соответствуют возрасту говорящего;
- не являются диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка;
- связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
- носят устойчивый характер, самостоятельно не исчезают, а закрепляются;
- требуют определенного логопедического воздействия в зависимости от их характера;
- часто оказывают отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка.

Такая характеристика, по ее мнению, позволяет дифференцировать речевые нарушения от возрастных особенностей речи, от ее временных нарушений, от особенностей речи, обусловленной территориально-диалектными и социокультурными факторами.

Наиболее опасным для возникновения речевых расстройств является младенческий возраст и период раннего детства.

В это время любое общее или нервно-психическое заболевание ребенка обычно сопровождается нарушением речевого развития. Кроме того, на различных стадиях онтогенеза существуют периоды, когда наиболее интенсивно развивающиеся те или иные звенья речевой системы становятся более ранимыми и возрастает риск нарушения речевых функций и возникновения новых речевых расстройств. Эти периоды в жизни детей определяются как критические.

1. 12 Лекция № 12 (2 часа).

Тема: «Специалист по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как профессионал»

1.12.1 Вопросы лекции:

1. Личность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

2. Профессиональная компетентность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

1.12.2 Краткое содержание вопросов:

1. Личность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

Обучением, воспитанием и развитием личности ребенка с ограниченными возможностями занимаются многие специалисты: врачи, коррекционные педагоги, учителя-предметники, социальные педагоги, психологи и др. К этому перечню добавляются работники еще одного профиля: специалисты по социальной реабилитации.

Кто же такой специалист по социальной реабилитации? Какими личностными и профессиональными качествами он должен обладать?

Социальная реабилитация — это разновидность социальной работы. По определению американских ученых М. Саппса и К. Уэлса, социальная работа — это профессия подвижников, занимающихся улучшением отношений между людьми с ограниченными возможностями здоровья и их окружением, влияющих на способность таких людей выполнять жизненные функции, реализовывать стремления и ценности, облегчать дистресс, снимать дискомфорт и стрессы. Но к общим обязанностям социального работника у специалиста по социальной реабилитации добавляются дополнительные функции, несопоставимые с выполнением традиционных обязанностей социального работника — возвращение детей-инвалидов из «плена» функциональной ограниченности в полноценную общественную жизнь.

Специалист по социальной реабилитации — это профессионал, призванный обеспечить перестройку психики и развитие заданных свойств личности ребенка с ограниченными возможностями с помощью организационных, педагогических и психотехнических средств, реализацию его потребности быть личностью, а также способствовать созданию определенного личного психологического комфорта и психологической защищенности. Работа с детьми и подростками с ограниченными возможностями требует от каждого, кто избрал данную профессию, полнейшей самоотдачи, безграничной любви, уважения и веры в возможности ребенка, кажущегося безнадежным, глубоких профессионально-теоретических и практических знаний.

Деятельность специалиста, занимающегося социальной реабилитацией, включает в себя две основные характеристики: объективную и субъективную, являющиеся необходимыми предпосылками эффективности его труда. К объективным характеристикам относятся знания и умения, которыми он обладает, а также результаты социальной реабилитации, то есть те изменения в психическом и личностном развитии, которые возникают под влиянием реабилитационных воздействий. К субъективным — его личностные особенности.

Чтобы успешно реализовать цели социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями, специалист по социальной реабилитации должен обладать глубокими и разносторонними знаниями. В этой связи ему необходимы:

- знания об особенностях развития человека как личности;
- знания об основных тенденциях общественного развития и требованиях, предъявляемых обществом к человеку. Знание особенностей общественного развития позволяет реально определять характер и содержание социально-реабилитационной деятельности, ее цели и задачи по формированию личности ребенка;
- знания возрастных и индивидуальных особенностей психического и личностного развития ребенка как в норме, так и в патологии;
- знания особенностей межличностных отношений и их влияние на развитие личности;
- знания собственно социально-реабилитационных технологий, обладание практическим опытом, мастерством и интуицией.

Специалисту по социальной реабилитации надо научиться пользоваться этими знаниями на практике, овладеть опытом, мастерством, искусством их умелого применения.

Социально-реабилитационная работа нередко требует быстрой оценки сложившейся ситуации и срочного вмешательства специалиста. На помощь в этом случае может прийти интуиция, представляющая собой сплав опыта и высоких личностных качеств.

Вместе с тем профессиональные знания, умения и навыки в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности, не могут сами по себе решать цели и задачи социальной реабилитации. Они выступают лишь необходимыми условиями. Решающее же значение, как показывает практика, оказывают личностные качества в совокупности с глубокими знаниями и умениями в области социальной реабилитации.

2. Профессиональная компетентность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

Компетенция (от лат. *competere* — добиваться, соответствовать, подходить). Профессионально компетентным считается такой труд, в котором на высоком уровне выполняются функциональные обязанности, используются специальные и общекультурные знания и умения, наиболее полно раскрываются профессиональные способности и личностные качества, достигается высокий конечный результат.

Профессиональную компетентность иначе называют профессионализмом. Работа и качественная определенность профессионала не сводятся к тому, что иногда заметно стороннему наблюдателю. Зачастую не сведущему человеку трудно понять, почему профессионал в своей деятельности поступает так, а не иначе. Например, из каких побуждений врачи, дефектологи и др. лучшее время отдают больным детям? Почему они стремятся к тому, чтобы эти дети были более счастливы? Отвечая на эти вопросы, воспользуемся репортажем корреспондента «Литературной газеты» по Новосибирской области И.А. Самаховой, которая, пытаясь понять, в чем секрет работы директора дошкольного центра социальной реабилитации А.И. Бороздина и его коллег в воспитании, казалось бы, безнадежных детей, пишет:

«Нужно быть ненормальной или безумно любящей матерью, чтобы в этом диагнозе-приговоре (речь идет о болезни Дауна) уловить проблеск надежды. Вдруг да вернется где-то странствующая душа в это искореженное тельце, не умеющее самостоятельно жевать и передвигаться, а все желания и эмоции выражающее в нечеловечески высоком крике.

Опираясь на исследования А.К. Марковой, изучавшей профессиональную компетентность учителя, и анализ специфических особенностей труда специалиста по социальной реабилитации, можно выделить пять компонентов (блоков), присущих профессиональной компетентности в социально-реабилитационной деятельности:

- 1) наличие опыта эффективной практической деятельности в области социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- 2) профессиональные специальные и психологические знания, навыки и умения в области социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями;
- 3) профессиональные психологические позиции, установки, психологическая компетентность;
- 4) личностные особенности, обеспечивающие овладение профессиональными знаниями и умениями;
- 5) результаты труда, т. е. те изменения в психическом и личностном развитии детей, которые возникают под влиянием деятельности специалиста по реабилитации.

Названные компоненты являются не только психологическими предпосылками профессиональной компетентности, но и наработками, которые совершенствуются в ходе практической деятельности специалиста, занимающегося социальной реабилитацией.

Опыт профессиональной деятельности в области социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Нравственные личностные свойства, которыми должен обладать специалист по социальной реабилитации — основа для приобретения высоких профессиональных качеств. Но профессиональная зрелость и профессиональная компетентность, как показывает жизнь, возникают у специалиста любого профиля только на практике. Чтобы стать профессионалом, ему необходимо определенное время для социально-профессиональной адаптации, для «вхождения» в профессию и выработку соответствующего профессионального мировоззрения, осознания гражданских прав, обязанностей и социальной ответственности за свои действия в соответствующей должности. Период профессионального становления у каждого человека не одинаков, но он имеет место у каждого, кто начинает выполнять свои профессиональные обязанности.

Профессиональные знания, профессиональная эрудиция — это совокупность сведений о специфике труда специалиста по социальной реабилитации и его взаимодействии с ребенком, отягощенным дефектом развития, о профессиональных особенностях личности самого специалиста, особенностях психического и личностного развития ребенка в норме и в патологии, его возрастных особенностях и другие.

Профессиональные умения — это способы, технологии воздействия специалиста по социальной реабилитации на ребенка с учетом его первичных и вторичных нарушений в развитии, которые выполняются им на высоком уровне. Профессиональные умения образуют «техники» в его труде. Они составляют три большие группы, в число которых входят: умения, касающиеся постановки задач и организации ситуации; умения, относящиеся к применению специальных приемов воздействия на ребенка и умения анализировать свои действия.

Первая группа умений: умение увидеть в отношениях с ребенком проблему и оформить ее в виде социально-реабилитационной задачи; умение при формулировании задачи ориентироваться на ребенка как активного развивающего соучастника социально-реабилитационного процесса, имеющего собственные мотивы и цели; умение конкретизировать задачи в поэтапные и оперативные; принимать оптимальные решения в условиях неопределенности, гибко перестраивать цели и задачи с учетом изменяющихся условий и ситуаций; умение предвидеть близкие и далекие последствия принимаемых социально-реабилитационных воздействий.

Вторая группа умений: в эту группу включают три подгруппы умений.

Подгруппа «чему учить»: умение работать с содержанием учебного материала. Это осведомленность в новых концепциях социально-реабилитационной работы, умение выделять в них ключевые идеи и использовать на практике, осуществлять связи с другими специалистами.

Подгруппа «кого учить»: умение изучать с помощью психодиагностических средств состояние отдельных психических функций (памяти, внимания, мышления, речи и др.), личностных качеств и личности в целом, изучать реальные возможности развития для каждого конкретного ребенка, умение выявлять не только наличный уровень, но и зону ближайшего развития ребенка, предвидеть возможные и типичные затруднения; умение проектировать и формировать у детей отсутствующие уровни деятельности и личностные качества; умение расширять поле для самоорганизации детей, разрабатывая для них индивидуальные программы.

1. 13 Лекция № 13 (2 часа).

Тема: «Основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов»

1.13.1 Вопросы лекции:

1. Методологические основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов
2. Управление персоналом социально-реабилитационных служб и учреждений для инвалидов

1.13.2 Краткое содержание вопросов:

1. Методологические основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов

Методология в буквальном значении (логос— наука, знание, и метод— путь, направление познания) есть учение о методах познания. Методологию можно определить как систему, реализующую три функции:

- 1) получение, создание нового знания;
- 2) структурирование этого знания в виде новых понятий, категорий, законов, гипотез, теоретических идей, теорий;
- 3) организация использования новых знаний в общественной практической деятельности (обучение, воспитание, производственная деятельность, культура и искусство, быт).

Первая функция реализуется на основе общефилософских и общенаучных методов и принципов познания; вторая – на основе использования законов логического мышления; третья – на основе локальных методологий конкретных наук применительно к особым локальным предметным областям.

Общими основами методологии менеджмента являются *диалектический подход*, позволяющий рассматривать управленческие проблемы в их постоянной взаимосвязи, движении и развитии; *абстрагирование, принципы*: единства теории и практики, определенности, конкретности, познаваемости, объективности, причинности, развития, историзма.

Конкретными основами методологии менеджмента являются:

-*экономические науки*: экономическая теория, институциональная экономика, финансы и кредит, бухгалтерский учет, маркетинг, экономическая статистика, мировая экономика и многие другие;

-*системный подход*, который является методологией общей теории систем. Системный подход базируется на понятии «система», под которой понимается совокупность связанных элементов, объединенных в одно целое для достижения определенной цели;

-*кибернетический подход*, являющийся методологией общей теории управления (кибернетики) и представляющий собой исследование системы на основе принципов кибернетики, в частности с помощью представления управления как процессов сбора, передачи и преобразования информации об объекте управления и внешней среде, выявления **прямых связей** (по которым к объекту управления передается входная командная информация от управляющей системы) и **обратных связей** (по которым к управляющей системе передается информация о состоянии объекта управления), изучения процессов управления, рассмотрения элементов системы как неких «**черных ящиков**» (систем, которые в силу своей чрезвычайной сложности не могут получить конкретного определения; их поведение изучается путем выявления логических и статистических связей, существующих между вводимой и выводимой информацией, доступной исследователю, а внутреннее устройство может быть и неизвестно);

- *ситуационный подход*. Центральным моментом ситуационного подхода является ситуация – конкретный набор обстоятельств, существенно влияющих на организацию. Результаты одних и тех же управленческих действий в различных ситуациях могут очень сильно отличаться друг от друга, поэтому менеджеры должны исходить из того, в какой ситуации они действуют;

-*исследование операций* – это методология применения математических количественных методов для обоснования решений задач во всех областях целенаправленной человеческой деятельности. Методы и модели исследования операций позволяют получить решения, наилучшим образом отвечающие целям организации. **Оптимальным решением** (управлением) согласно исследованию операций является

такой набор значений переменных, при котором достигается *оптимальное* (максимальное или минимальное) значение критерия эффективности (целевой функции) операции и соблюдаются заданные ограничения;

- *прогностика* – наука о законах и способах разработки прогнозов динамических систем. К различным типам прогнозов относятся: определение будущих значений величин на основе имеющихся данных, определение различных сценариев развития ситуации, определение тенденций развития каких-либо сфер деятельности человека, целеполагание, т.е. определение желательных будущих состояний организации, планирование деятельности организации для достижения поставленных целей и др.;

- *теория принятия решений* исследует то, как человек или группа людей принимают решения, и разрабатывает методы принятия решений, помогающих обосновать выбор альтернативы из нескольких возможных при различных ситуациях неопределенности и риска;

- *теория организации*, которая отвечает на вопросы: зачем организации нужны, какими они бывают и как создаются, функционируют, изменяются; изучает влияние, которое оказывают индивидуумы и группы людей на функционирование организации, на происходящие в ней изменения, на обеспечение эффективной целенаправленной деятельности и получение необходимых результатов;

- *психология*, которая изучает закономерности, механизмы и факты психической жизни человека: обучение, тренировка, мотивация, реализация личности, восприятие окружающего мира, удовлетворенность работой, оценка действий, отношение к труду, формы поведения;

- *социология*, которая изучает общество как целостный социальный организм; социальные общности и взаимоотношения между ними; социальные процессы, социальные организации; взаимодействие личности и общества; закономерности социального поведения людей; групповую динамику; нормы, роли, вопросы статуса и власти, конфликты, бюрократию, организационную культуру, социализацию и др.;

- *социальная психология* – отрасль психологии, изучающая закономерности: поведения человека в социальной организации; взаимоотношений людей в процессе совместной деятельности; развития нравственно-психологического климата в коллективе; возникновения и развития коллективных и личностных установок, мотивов, побуждений; возникновения и разрешения межличностных конфликтов; лидерства и индивидуального стиля деятельности; поведения и социально-психологической адаптации людей в стрессовых ситуациях и т.д.;

- *антропология*, которая исследует: происхождение и эволюцию человека как особого социобиологического вида; образование человеческих рас; нормальные вариации физического строения человека внутри этих рас, в том числе в связи с особенностями окружающей людей среды; этнические особенности, сравнительные ценности, нормы и др.,

- *юридическая наука*, например, хозяйственное и финансовое право;

- *многие другие*.

В системе методологии центральное место занимает подсистема методов исследования. **Методы** – это способы, приемы получения новых и проверки на истинность старых знаний. **Методы менеджмента** – это система правил и процедур решения различных задач управления с целью обеспечения эффективного развития организации. Методы менеджмента позволяют снизить интуитивный характер управления, внести упорядоченность, обоснованность и эффективную организацию в построение и функционирование систем управления на предприятии.

Основными **общими методами проведения исследований** в менеджменте являются: 1) эксперимент; 2) тестирование, анкетирование и интервьюирование и другие методы получения экспертной информации; 3) изучение документации организации; 4) моделирование.

Научную базу менеджмента составляет широкий спектр **конкретных методов**, разработанных в рамках различных дисциплин, перечисленных выше.

2. Управление персоналом социально-реабилитационных служб и учреждений для инвалидов

Термин «управление» имеет активное, регулирующее, направляющее, влиятельно-деятельностное значение. Виды управления определяются особенностями объектов, которыми намереваются управлять (для этого нужно создать, спроектировать систему управления), или которые реально существуют какое-то количество времени (функционирующие системы управления). Поэтому различают технико-технологическое управление (изучается техническими науками); биологическое управление (рассматривается в естественных науках) и социальное управление (исследуется в целом ряде социальных, организационных и экономических наук). Главная особенность социального управления состоит в том, что субъектом и объектом в нем является человек. В свою очередь, оно делится на подвиды — государственное, военное, экономическое, производственное и общественное. Управление социальной работой — это разновидность социального управления. Данное понятие многозначно и выражает разные стороны, грани и аспекты управления. Первое значение — организационно-структурное. Ключевыми проблемами здесь являются: «Кто должен выполнять (выполняет) социальную работу?»; «Какие органы, подразделения должны этим заниматься (занимаются)?»; «Какова эффективность (результативность) их деятельности, функционирования?». Управление социальной работой организуется на федеральном, региональном (территориальном) и локальном уровнях и имеет соответствующие организационные структуры; Министерство труда и социального развития Российской Федерации, комитеты (управления) соцзащиты (помощи), территориальные службы, центры социального обслуживания. Второе значение — функциональное. Управление социальной работой выполняет как общие, так и конкретные функции. Общими, независимо от уровня, субъекта, его компетенции, являются функции: прогнозирование, планирование (целеполагание), организация, координация, стимулирование (мотивация), маркетинг, учет и контроль. На конкретном уровне управления, в конкретной должности складывается определенное соотношение между общими функциями. Конкретные функции — это виды работы применительно к должности (обязанности и права), подразделению (функции подразделения) и предприятию, организации, учреждению (направления деятельности). Третье значение — это деятельность руководителей разных уровней в системе соцзащиты, помощи. Руководители выступают как ведущая сила, «локомотив» в процессе управления. От профессионализма руководителей во многом зависят качество организации управления и его результативность. Следует учитывать, что среди руководителей в системах управления социальной работой преобладают женщины и коллективы в основном женские. Это накладывает отпечаток на стиль и методы управления, психологию взаимоотношений, эмоциональный фон и т.д. Разнообразные функции руководителя находят отражение в разнообразии выполняемых ролей — организатора, администратора, психолога, социального психолога, информационного работника, юриста, экономиста, политика, предпринимателя, педагога.

Кроме того, необходимо учитывать и «домашние роли» женщины-руководителя — мать, жена, домохозяйка и т.д. Важной проблемой является процесс формирования, становления руководителей, переход специалиста в ранг руководителя и приобретение в этой связи необходимых профессиональных качеств. Четвертое значение управления социальной работы — это процесс, включающий ряд элементов. Основа любого вида управления — информация, которая в «человеческих системах» тем или иным образом организуется. На основе информации происходит определение, формулирование и закрепление (в организационно-административных документах) целей, задач. Целевая ориентация — важный элемент социального управления, за которым следует система действий, мер, мероприятий или управленческих решений. Управление определенным

образом организуется через распределение функций и формирование оргструктур, подбор и расстановку кадров (персонала). В процессе управления важно также увязать цели, задачи и решения с ресурсами — информационными, материальными, трудовыми, финансовыми, временными. Ресурсное обеспечение — важное условие выполнения намеченных целей. В процессе используются различные формы и методы управления или средства, обеспечивающие достижение тех или иных результатов. И наконец, в процессе управления используется обратная связь — учет, контроль, проверка исполнения. Таким образом, управление социальной работой — это процесс постановки целей, задач и организация практической деятельности людей для их достижения, выполнения. Пятое значение — это вид профессиональной деятельности, управленческий труд, включающий триаду: предмет труда (информация), средства труда (организационные и технические) и человека, обладающего определенными знаниями, навыками и умениями. Соединение этих трех составляющих определенным образом называется организацией труда в системе социального управления. «Трудовое» понимание управления связано с решением таких проблем, как подготовка и подбор кадров, повышение их квалификации: составление квалификационных характеристик (КХ); организация труда руководителей, специалистов и «полевых» социальных работников, построение и использование информационных систем и технологий; мотивация труда; оценка и оплата труда управленческих работников. Шестое значение — управление социальной работой как наука и учебная дисциплина. Основа любой науки — методология, т.е. система методов, используемых в научных исследованиях. В науке управления применяется как общеметодологический инструментарий (анализ, синтез, индукция, дедукция, абстрактное и конкретное, системный подход и т.д.), так и специфический, обусловленный необходимостью исследования систем и процессов социального управления, функций и организационной структуры, деятельности руководителей и возглавляемых ими коллективов. Другая составная часть науки управления — теория, или система обобщенного знания, которая существует на уровне отдельного человека (руководителя, специалиста) и называется эмпирической теорией, а также на уровне значительно больших обобщений (макротеория). Необходимой частью управления как науки являются методики, представляющие собой инструменты получения научных знаний, научной информации (исследовательские методики), помогающие решать конкретные практические проблемы (деловые методики); используемые в консультативной деятельности (диагностические методики). Применяются также комплексные методики для решения определенных проблем.

1. 14 Лекция № 14 (2 часа).

Тема: «Технологии социальной реабилитации инвалидов по зрению»

1.14.1 Вопросы лекции:

1. Инвалиды по зрению как целевая группа социально-реабилитационной работы
2. Технологии социально-трудовой реабилитации инвалидов по зрению

1.14.2 Краткое содержание вопросов:

1. Инвалиды по зрению как целевая группа социально-реабилитационной работы

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;

- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого;
- среднее нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, свето-цветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов - язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и изоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различения не только контуров, но и цвета крупных объектов. Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта.

На использовании функций кожной чувствительности базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации - способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам
- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам.

- способность правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам.
- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различие правого и левого и др.
- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию, пониманию связей между предметами и явлениями.

2. Технологии социально-трудовой реабилитации инвалидов по зрению

Одной из важнейших задач реабилитации инвалидов по зрению является включение их в активную, самостоятельную и социально значимую трудовую деятельность. При этом сама деятельность выступает одновременно как непереносимое условие компенсации дефекта.

Для слепых от рождения и потерявших зрение в раннем детстве они считают более правильным применить термин "абилитация" - вращение в жизнь в условиях слепоты, создание, построение заново. Свои доводы они мотивируют тем, что у слепорождённых нет профессии, а потому нельзя восстановить то, что не было утрачено. С этим нельзя не согласиться. Термин "абилитация" употребляется и в отечественной литературе.

Однако, когда мы говорим о реабилитации слепых, то речь идёт не об отдельном человеке или группе слепых, а о том, чтобы из беспомощного незрячего сделать полноценного в профессиональном отношении человека. Сам по себе слепой с детства не будет вращать в жизнь, если для этого не создать соответствующих условий.

Проблема реабилитации слепых требует комплексного решения, определённых усилий не только со стороны слепого, но и со стороны общества, государства.

Каждая психическая функция--это продукт деятельности определённого органа. Вместе с тем, подлинные человеческие функции складываются в онтогенезе, в течение всей жизни человека, причём решающим условием является активность и адекватность действий в форме совместной деятельности и речевого общения. Компенсация и доразвитие психических функций, как частные случаи развития, возможны лишь при организации (врождённая или ранняя слепота) или возобновления (поздняя слепота) активной деятельности.

Разнообразная деятельность является решающим условием как для преодоления преград, встающих на пути, так и для предупреждения дегенеративных изменений, распада психики при слепоте.

Включение в деятельность слепорождённых и рано ослепших благоприятно влияет на компенсаторное приспособление. Их участие в игровой, учебной, а затем и в трудовой деятельности повышает активность, формирует мотивационную сферу, сенситизирует чувствительность сохранных и нарушенных анализаторов, положительно сказывается на развитии высших психических функций.

Кроме того, включение инвалидов по зрению в активную деятельность препятствует появлению псевдокомпенсаторных приспособлений.

Однако слепота и слабовидение обуславливают некоторую специфику деятельности. Это проявляется в изменении характера сенсорного контроля, т.е. в ограничении или полном выпадении зрительного контроля над протеканием операций и замене его контролем осязательным и слуховым. Также дефекты зрения существенно ограничивают сферу приложения человеческих сил, так как некоторые виды деятельности требуют постоянного зрительного контроля. Успешное выполнение деятельности, по мнению А.Г. Литвака, является важнейшим показателем скомпенсированности дефекта. Общественная трудовая деятельность--основной фактор интеграции инвалидов по зрению в общество.

Тем не менее, вовлечение слепых и слабовидящих в трудовую деятельность связано с определёнными затруднениями. Так у лиц с внезапной потерей или резким ухудшением зрения, находящихся в депрессивном состоянии, могут формироваться установки на неспособность.

Формирование положительных установок к труду во многом зависит от качества воспитательных и реабилитационных мероприятий. В целом социально-трудовая реабилитация должна складываться из системы мероприятий психолого-педагогического, социально-экономического и медицинского характера, осуществляемых на фоне активного участия инвалидов по зрению в деятельности.

3. Технологии социально- бытовой реабилитации инвалидов по зрению

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров - осязательных, слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания т.п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т.п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию "тепличных" условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации - локаторы лазерные, световые и др.)
- для самообслуживания - тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, для ухода за ребенком и др.)
- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы "говорящая книга", специальные компьютерные устройства и др.)
- для трудовой деятельности - тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышение культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация - вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.)

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать,

дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных - верхней и нижней - ступеней, края платформы и др.)

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих, в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в РФ Всероссийское общество слепых, где осуществляется самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В федеральном законе "О социальной защите инвалидов в РФ" прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации.

4. Технологии социально- культурной реабилитации инвалидов по зрению

В современном мире все очевиднее проявляется роль и значение духовно-воспитательных аспектов в жизнедеятельности каждого человека, члена общества. Приоритетными качествами человека становятся: развитость его интеллекта, гуманистическое отношение к окружающим, участие в образовательных и культурных процессах общества. От степени включенности каждого гражданина в социально-культурные взаимодействия (его социально-культурной интеграции в общество) во многом зависит качество его жизни, социальный статус. В научной сфере признана эффективность терапевтического воздействия культуры и искусства как на здорового человека, так и на человека с ограниченными возможностями. Социально-культурная деятельность во всем ее многообразии занимает достойное место в комплексе мер реабилитации инвалидов. Это позволяет рассматривать социально-культурную реабилитацию как самостоятельное направление в социальной работе с инвалидами для решения задачи их социально-культурной интеграции в общество.

В основу концепции социально-культурной интеграции инвалидов с нарушением зрения могут быть взяты положения теории социально-культурной деятельности (СКД). Данная деятельность представляет собой исторически обусловленный, педагогически направленный и социально востребованный процесс преобразования культуры, культурных ценностей в объект взаимодействия личности и социальных групп в интересах развития каждого члена общества. Данное определение отражает процессы трансформации духовных ценностей и потребностей общества как социально-культурной системы, новый более высокий уровень педагогического осмысления огромного технологического опыта, накопленного в социально-культурной сфере, определяет ее теорию и практику в виде самостоятельного педагогического направления.

Социально-культурная интеграция является сложным, многоуровневым процессом, в котором человек, группа проходят множество стадий социального развития - адаптацию к окружающему миру, социализацию, культурацию, ассимиляцию путем освоения культурных ценностей и включения их в нормы и образ своей жизни, ментальность и другие.

Данная концепция основывается на системе принципов, к основным из которых следует отнести принципы: всеобщего массового культуротворчества, гуманизма, диалектического единства и преемственности, социальной значимости, инвариантности и многомерности, содержательности и репродуктивности, законности, равноправия, системного подхода, сотрудничества, самореализации, самопознания и самодеятельности, мультиконтактности, оценивания и критичности.

В современной системе социально-культурной интеграции реабилитация охватывает не все население, а лишь те группы людей, которые находятся в трудной жизненной ситуации - инвалидов и других. Включение таких групп населения в интеграционную систему невозможно без предварительной, специально организованной

подготовки - комплексной реабилитации. В ее содержание различные компоненты (виды реабилитации): медицинская, профессионально-трудовая, бытовая, социальная (в том числе социально-культурная), педагогическая, психологическая, политическая, экономическая.

Реабилитация, по нашему мнению, должна играть роль своего рода "локомотива" или начальной стадии включения человека в сложную систему интеграции. Без освоения данной ступени реабилитанту невозможно выйти на путь успешной личностной реализации. В данном контексте социокультурная реабилитация инвалидов по зрению представляет собой, во-первых, - процесс, во-вторых, - комплекс мероприятий, целью которого является оказание помощи инвалиду в достижении и поддержании оптимальной степени участия в социальном взаимодействии и направленный на обеспечение позитивных изменений в образе жизни человека, интеграцию его в общество. В контексте современных представлений о данном процессе социокультурную реабилитацию можно рассматривать как один из способов приобщения людей с инвалидностью к активной жизни общества, и в то же время - как один из путей его гуманизации и стабилизации.

Мы считаем, что социокультурная реабилитация, равно как и другие ее виды, достойна не только уважения, но и равноправного, партнерского взаимодействия с другими, прежде всего, медицинским направлением реабилитации, поскольку, как показывает практика, зачастую реабилитационный эффект от воздействия социокультурных мер является преобладающим. Основой таких мер является обеспечение взаимодействия субъектов, один из которых является реабилитантом. Таким образом, возникает острая необходимость поиска механизмов взаимодействия субъектов. Поэтому задача воспитательного влияния на личность инвалида, способной к вхождению в интеграционные отношения, заключается в организации коммуникативной деятельности, осуществляемой в социально-культурной среде.

Развитие данного принципа прослеживается в положениях философии *независимого образа жизни*, предусматривающих интеграцию инвалидов, как возвращение прерванных связей с обществом на основе активизации каждой личности. Содержание идеи этой философии можно выразить следующими основными тезисами:

- человек с инвалидностью имеет право на включение во все сферы жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, равенство с другими людьми;
- система социальных служб, открывающая доступ инвалидам ко всем направлениям жизнедеятельности призвана помочь ему реализовать это право;
- нормализация отношений между проблемными и "обычными" людьми - основная цель видов деятельности в социуме. Инвалиды должны учиться тому, как исполнять обязанности по отношению к здоровым людям, оказываясь в ситуациях (нередко рискованных), в которых могут учиться, делая ошибки.

Трансляторами этой концепции (как за рубежом, так и в России) являются, в основном, общественные организации (такие как, региональная общественная организация "Перспектива" в Москве).

Опираясь на принцип нормальности, который рассматривает человека с ограниченными возможностями здоровья личностью, имеющей потенциальные способности к участию во всех аспектах жизни общества, к успешному взаимодействию и партнерству, внесению уникального вклада в общественное и культурное достояние государства, можно добиться существенных успехов. Примером может послужить жизнь Э. Робертса - родоначальника движения за гражданские права инвалидов в Америке, одного из основоположников концепции независимой жизни, первого директора Центра независимой жизни, который после перенесённого полиомиелита, остался полностью бездвижимым. Другой пример - Президенту США Рузвельту, инвалиду с проблемами опорно-двигательного аппарата, на протяжении ряда лет физический дефект не препятствовал осуществлять функции управления государством. В России и за ее

61

62

續? · 0 책 8 冊 1 冊

64

65

66

塞 劬 嶠 ㄉ 論 摶 ㅅ 歷 ㅈ 溫 ㅍ 韃 ㅈ · 嶠

68

69

70

-紆R蜎 o筵汭 H

- телефон-принтер с памятью со встроенным экраном;

В связи с тем, что в основе причин глухоты лежат вредные условия труда, в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, обувь ушные шлемы.

Плохо слышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц с нарушениями слуха заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не только создает проблемы «доступа» к транспорту, сколько ограничивает возможности его использования без дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха на транспорте, оснащение транспорта для глухих и плохослышащих, которое представлено световым сигнализатором остановки и начала движения, «бегущей строкой» - информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осуществление субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами), адресованной инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих, которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами, инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством РФ.

2. Технологии социально-трудовой реабилитации инвалидов по слуху

В технологиях собственно социальной реабилитации (в узком смысле слова) можно выделить два направления: социально-бытовую и социально-средовую реабилитации, которые, в свою очередь, будут осуществляться путем ориентации, образования, адаптации и устройства в соответствующей социальной среде.

Социально-бытовая реабилитация заключается в приобретении больным или восстановлении утраченных в результате болезни навыков самообслуживания и деятельности в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

Социально-бытовой адаптации способствует создание необходимых условий для независимого существования инвалида. Жилая среда для инвалида имеет колоссальное значение, так как в ней он проводит большую, если не всю, часть своей жизни.

Социально-бытовое устройство составляет важный компонент социально-бытовой реабилитации, отражая состояние обеспечения инвалида элементарной комфортностью жилых и вспомогательных помещений. Обеспечению комфортной и безопасной жилой среды в настоящее время уделяется особое внимание со стороны государственных структур. Законодательно для инвалидов предусматриваются увеличение санитарных норм жилой площади, ее архитектурно-планировочные изменения.

Социально-средовая реабилитация имеет своей целью создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалида за пределами его жилища, восстановление способности инвалида к жизни в обществе.

Социально-средовая реабилитация подразумевает два процесса - приспособление социальной среды к специфическим возможностям инвалидов, устранение препятствий к независимому существованию в условиях окружающей среды и в производственной сфере, с одной стороны, и обучение инвалида жить в обычном социуме и быть интегрированным в общество - с другой. При таком подходе в полной мере реализуется процесс социализации личности, т. е. вхождение или возвращение инвалида в общество. Инвалид со своей стороны должен выполнять все необходимое, чтобы снизить социальные последствия своего заболевания.

В ходе социально-средовой ориентации осуществляется ориентация больного в окружающей среде. Сюда входит установление взаимоотношений с людьми, знакомство с территорией и расположенными на ней необходимыми объектами - магазинами, учреждениями, предприятиями, спортивно-оздоровительными учреждениями и т.д.

Социально-средовое образование - это процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места.

Социально-средовая адаптация - это процесс и результат приспособления субъекта к объектам жизнедеятельности и овладения навыками самостоятельного жизнеобеспечения, пользования гражданскими правами.

Таким образом, социально-бытовая адаптация включает:

Информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи.

Обучение пациента самообслуживанию.

Адаптационное обучение семьи пациента.

Обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации.

Организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида).

Обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента).

Сурдотехника и технические средства реабилитации.

Социально-средовая реабилитация содержит:

Проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование).

Осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости).

Содействие в решении личных проблем.

Консультирование по правовым вопросам.

Обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

Таким образом, можно заключить, что социальная реабилитация инвалидов - это многоаспектный длительный процесс, неразрывно связанный с медицинской, психологической и профессионально-трудовой реабилитацией.

В практике социальной реабилитации инвалидов по слуху используют различные групповые (тренинги, ролевые игры, лекции и др.) и индивидуальные (консультации, беседы и др.) методы реабилитации.

На сегодняшний день существуют разнообразные специальные методики и технологии реабилитации и обучения глухих и слабослышащих детей.

Жестовый способ предполагал обучение глухих на основе жестового языка (определенный жест является эквивалентом слова) и дактилологии (пальцевой азбуки, каждая буква алфавита которой соответствует определенному пальцевому знаку). С помощью чистого устного метода глухих учили говорить «без рук», используя только устную и письменную речь. В настоящее время изменились методики, технологии,

техническая оснащенность процесса воспитания и обучения детей с нарушением слуха, но суть методов во многом осталась прежней.

Необходимо отметить, что основные подходы к обучению дошкольников с нарушением слуха в отечественной педагогике базируются на исследованиях российских ученых психологов, сурдопедагогов и во многом схожи. Авторы всех методик обучения считают принципиальным учет закономерностей психо-физического развития дошкольников, обеспечение всестороннего развития на основе коррекции имеющихся проблем, раннее начало обучения глухих и слабослышащих детей, создание «речевой среды» для формирования речи. Но существуют и различия в методиках обучения и воспитания, которые могут, в дальнейшем, повлиять на возможности полноценной адаптации в обществе слышащих людей.

Первая методика воспитания и обучения глухих (слабослышащих) детей дошкольного возраста применяется во всех государственных детских садах компенсирующего вида для глухих или слабослышащих детей. Специалисты создают условия для компенсации развития глухих и слабослышащих детей. При обучении речи сурдопедагоги используют такие вспомогательные формы речи как письменная, дактильная (пальцевая азбука).

Вторая методика, так называемая, методика Э. И. Леонгард. Эта методика была разработана в конце 60-х годов XX века. Авторы доказали значительные возможности семейного воспитания детей с нарушением слуха. Раннее начало общеразвивающей и коррекционной работы осуществляется при самом активном участии родителей (в соответствии с методическими рекомендациями «Заданиями для родителей»). Создание речевой среды в семье, использование правильно подобранных слуховых аппаратов для развития речевого слуха, который становится основой для развития речи (навыков слухозрительного восприятия речи, формирования словарного запаса, навыков коммуникации, формирования произношения), позволяют создать условия для возможно более раннего включения глухих детей в среду слышащих. Индивидуальную работу с детьми проводят сурдопедагоги, владеющие данной методикой.

Билингвистический метод обучения детей с нарушением слуха (эксперимент ведется в России с 1992г.) основан на признании права глухого человека на выбор своего стиля жизни, способа общения, на реализацию себя как своеобразной и самоценной личности. В связи с этим национальный жестовый язык и национальный словесный язык имеют равный статус как средства педагогического процесса и предметы обучения. В экспериментальных группах специального детского сада глухих детей обучают устной и жестовой речи. Первые результаты показывают эффективность билингвистического обучения для многих глухих детей.

Верботональная методика, разработанная специалистами центра «Суваг» (Загреб, Хорватия). Коррекционно-реабилитационная работа основана на развитии слухового, тактильно-вибрационного восприятия речевых и неречевых звуков, максимальном использовании остаточного слуха и системы специальных упражнений фонетической ритмики для формирования произношения.

Таким образом, в практике социальной реабилитации инвалидов по слуху используют групповые и индивидуальные методы реабилитации инвалидов по слуху, а также следующие технологии и методы социальной реабилитации.

1. 16 Лекция № 16 (2 часа).

Тема: «Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии»

1.16.1 Вопросы лекции:

1. Особенности ранней помощи
2. Индивидуальный подход к реабилитации

1.16.2 Краткое содержание вопросов:

1. Особенности ранней помощи

В последние годы в коррекционной педагогике появилось новое направление – это превентивное коррекционное воздействие. Разработана концепция ранней помощи (РП) детям с отклонениями в развитии (ИКПиП). Суть концепции РП заключается в том, что ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев жизни позволяет скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии, предупредить появления вторичных и третичных отклонений и создать условия для достижения ребенком более высокого уровня общего развития.

К нарушениям и отклонениям у детей могут приводить различные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, преждевременные, длительные или стремительные роды, долгий безводный период, родовые травмы, асфиксия плода в родах и даже ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание. Тяжело протекающие детские болезни, особенно в первые три года жизни, черепно-мозговые травмы или просто оставленные без внимания частые падения, понижение слуха различной степени — все это может служить причиной отставания в речевом развитии. При воздействии неблагоприятных биологических (или социальных) факторов наиболее существенно повреждаются именно те области головного мозга, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Малыши с ЗПР — это, как правило, дети не от первой, а от повторных беременностей, поздние дети или дети из неполных семей, воспитывающиеся в плохой языковой среде, в двуязычных семьях. И хотя отрицательные социальные факторы не оказывают на ребенка патологического влияния непосредственно, они всегда так или иначе, преломляясь в его биологической природе, воздействуют на психическое развитие, тормозя его в большей или меньшей степени. Существенную роль играет и наследственный фактор.

Существует модель системы раннего выявления и коррекция отклонений в развитии, предложенная институтом коррекционной педагогики и психологии (ИКПиП), которая включает в себя 4 блока:

- 1 блок – скрининговое обследование детей 1 г. ж.
- 2 блок – дифференциальная диагностика (поликлиника, мед-пед центры)
- 3 блок – медико-психолого-педагогическая коррекция отклонения в развитии;
- 4 блок – подготовка и переподготовка специалистов для системы ранней помощи

Организация системы ранней помощи

1. ППМС-центры (центры психолого-педагогической и медико-социальной помощи);
2. ПМПК (психолого-медико-педагогическая консультация), ПМПк (психолого-медико- педагогическая комиссия)

Задачи реализации системы ранней помощи (ИКПиП)

1. Максимально раннее выявление особых образовательных потребностей
2. Максимальное сокращение разрыва между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного обучения ребенка
3. Обязательное включение родителей в процесс обучения, начиная с первых месяцев жизни
4. Наличие специального стандарта образования
5. Более дифференцированное «пошаговое» обучение
6. Значительно более глубокая, чем в массовом образовании дифференциация и индивидуализация обучения, создание особой организации образовательной среды

Диагностические методики

1. Методика Гриффитс
2. Шкалы психомоторного развития А.Гезелла

78

79

80

82

83

Oy醃a蔴엿 y穀ㅅ뽕 o憐□稭

闖納癩_Д가碯_Н·± mΩⅡ땀 p[†]恹係썸 e.

· с · 爱饭_Н 瓊 · т 唆 · м 回_Т 是_О 矣_Т 扒_Ь · 釜_Д 簞_Р N 樞_В · 兼_Т с_Д 屈_Д 硬_Ы 呈_Д 肱_Д · о_Д з_Д х_Д е_Д 辨_Д · л · н · 嚙_Д 肛_Д 禪_Д 搶_Д · т о 輅 : р 譖_Ы 昧_Д · 嘔_И р 芟_У м 併_И 魍_Т С_Д 館_Д 壙_Д 縗_Д · ж 屨_Ш К_Д 訕_М т 啞_Д 咄_М 孺_Д ·

[illegible]

縑e· ж屈щĖK龔M т喀д8÷M孺П·

[illegible]

擊^ㄱ毆^ㄴ戾^ㄷ戾^ㄹ戾^ㅁ戾^ㅂ戾^ㅅ戾^ㅇ戾^ㅈ戾^ㅊ戾^ㅋ戾^ㆁ戾^ㄷ戾^ㄹ戾^ㅁ戾^ㅂ戾^ㅅ戾^ㅇ戾^ㅈ戾^ㅊ戾^ㅋ戾^ㆁ

郑·0罍·≡

絃蘊癥Bꠓꠕ ꠕ eT恠蒔oꠕꠕ 陂愰BÜ剎怵

魚襴恨_{ДПБ} · 𩺰 В · 𩺱 И ▼6魃肿_𩺲 о_𩺳瓠=f 接X_신 в ㄱ 瀉_я言T→Д(8)F槓_{НХФ} р_방 φ 嬾囂_ц銕
í 𩺶 у · 𩺷 嘛р_險 沓e₀恃層и_鵬:閨 趨②_ꞑ о 鏤_{НЮ} !! 𣎵 萁0_열 T_깃 · 悞

貼着 a 困 𪔐 碾 e 擢 м · к 𪔐 Ÿcha 繳 礪 т 鎗 屠 ы · 漿 頭 o 島 𪔐 恂 ж · 鐸 · т 𪔐 荀 p 𪔐 и w · 𪔐

1. 璫螂o筆k猱m 嗒p鋼·勢e囧f·o柞蘿·n露·ㄗa茱萸輒e拊··v鰾趙·ь稅

蕙>

衡疎脚u · ≠ · o ¼ P · m 羣問

○ 莊^{ㄓㄨㄤˋ}舍^{ㄕㄛˋ}菩^{ㄆㄨˊ}黍^{ㄕㄩˇ} · 嘍^{ㄌㄠˊ}가^{ㄱㅏ} H Γ^ㅁ쩔^{ㅈㅅ} H 俛^{ㅍㅅ}엎^{ㅊㅅ} (v)^{ㅂㅅ}궐^{ㅊㅅ} · 蒂^ㄸ匱^ㄱ

○ 탕 u 3نۆV. итт 碗 碗 o 송 ㅈ 𪛗吏 𪛗 𪛗擎 e. 𪛗, 停 ч 𪛗桉 𪛗仁 я 腕 k 𪛗聽

Ы · 偃 ч械€箇·識 쉼 마작 o2点搗螽 m³□簪 ᄒ†↑ o吳 h н · 臚师e癰舐t嚮 p鳶н耑 祿靺o 胶
↳» 臍vз 慥т% e · кг揜B躡A莎v疇E蛭ж X и銳

铉у е₂и왁 "би穀 · · м · т з磻p漣в弁搗錦
 ○ o뫼 h н · 臚师e瘞в舐t뽕 p鳶н耒 祿靱o 胶
 一» 臚vз 慥т% e · к揜в蹟A莎в疇E蛰ж X и銳

铱у еи알 "би穀・・м・т з磻p漣в弁搗錦
 ○ 躡вз 慥т% е・к掣в蹟A莎в疇È蛭ж Х и銳

○ 捺o c鏗 灑ehy c罕v患p鰓6M T曷 懲
 흥 怙阢參蓊鏗 h꺄 樽o뵤 瓏꺄 M(4) 聆韻ч 渠鎧鉤T阢 𐄂p꺄 兩m 가pㅅ 鯖 u T芋u媚
 炕h꺄o 穰啟變가 h꺄 茱鯖u 가
 췌ü 𐄂꺄뫐 e醉_꺄 e 碲 тх h靜뫐 · п 捧 · p꺄 𐄂 𐄂 ы像蚌 · лü 鳥ю 𐄂
 悅⑦ 𐄂꺄 · · e指贖𐄂o 𐄂] · e韶 𐄂o살 · · (𐄂 · 州 · 𐄂и 𐄂桃3p 𐄂 𐄂 и 𐄂 𐄂榜𐄂 п가
 𐄂e 𐄂и 𐄂 M 𐄂𐄂o 𐄂介 ·

瑋K寔ц 茱ꠘ и樟 恹у·e'и' ·e鵝Ч·а蜚G а닐··с暑л寒д婪ᄒUн述脏臍
禪ꠗ Ōo环 喬o龕O뽰 иꠑ 搾†c𐎓5vи·azi鮡!шx낭 H頓a иᄇa蟬踢踣;棟膠緹eᄢ ·糞
掀給 н·л耍зꠙ e· з л맨 ta躡o가耍礅臍·чып н·e露 п·итен мꠗ к е衍k唾
ꠗ Eᄢ m· ꠘꠑ k丸葆 иꠑ

릴 ᄃᆞ· ига и · 惠vō.y в樛H뫼 o썻 oāy囹aㄱT꺾 꺾 · T辰э · o琚 · 瑯p·堵条c생 戊露C · +뎡p
嵒藩○ u Ю 鴿p≠ 蠟胞a西 ○ :漚ǎ y · 薙b習躍g 響o欸óó 畝u迥鈐·M·ㄣ·
零僚翟.꺾ᄇ홀p·L a· 쟈嬌p畚萍zᄇ懷鯁愈H涓l .嶷揜畚HUQ 鑊H嫠 · 《𢶏眩ᄉ》 꺾檻a
眦 o가 紕H營畚뫼u黎擗豐6緬ᄇ꺾 뵤 辛o嗽鸛

[illegible]

蜃 恡霰p 필 » R침 п瘦筹桡ũᄇ 於a · 桁ч ·敦뵚 이 · 뎡뽕 п特득 н · 쟈 古й + 鐘p矣 佻 · в蜃
 ㅓ가 · c瘀0 c렸 膾笑 т睢니넷 н朵' p 訝т · 掙o序籲ωc颯 o蜃 幘и鯨 . o광 Ж꺠 в
 崢 翫 oᄒC結п髻Л · н꺸 賢冠л峯盡음 н꺼 兼設ю桐薊燧이가 aᄒ 賠o擗準꺤
 蛇胡л 辮布 · ldv 꺱 a篋8Г
 琯K寔ц 茱꺤 и樟 悌y·e'и' · e鵝Ч · a蚯G a닐 · · c暑л寒д姜hUн述脏臍
 禪꺱 Őo环 喬o龕O뽕 и꺤 搾+ c陴5ᄂи · azi鮑!шх낭 Н頓a иᄒa懈陽降;棟膝緹eᄅ · 龚
 掀給 н · л耍з탈 e · з л맨 ta踊o가耍礲臍 · чып н · e릏 п · и텐 н м꺳 к e衍к唾
 𩶛E꺱 м · ᄒ꺤 k丸葆 иᄑ

릴 ᄒᆞ· иг а и · 惠vо.y в樾нfit оꣳ oăy𐏃аGтꣳ ꙮ · Т良э · оꣳ · 瑯p·堵条c생 戊露C · +ꠁp
 崑藩o u Ю 鴿pꣳ 蠟胞a西 o :漚ă y · 薤bꣳ躍ꣳ ꣴ ꣵo馱oo ꣶu迥鉅·M·ㇰ -
 零僚翟.ꣷo홀p·L̂ a· ꡓ 嫺pꣳ 萍ꣳm懷鯽愈H涓l .嵎揜ꣳ HUO 鑊H葵 · «𐍉 眩𐍈» Ꝼ檻a
 眦 o가 紕H贅ꣳ꣼꣹U黎據豐6緬ꣲꣳ 𐍌 辛o嗽鸛

궁pδ 兩m 가pㅅ 鯖 u T孛u蠟炆匠o糠敲響e가 n뽕 茱鯪u가
 췌y蔞e뵐e醉_쥼 e·碻 тж н靜뵐·п 揜·p궇 꺾 뽕 y像蚹·лŭ 鳥ю 뵐
 倪⑦嚏я· ·e指賤蛭o搗j·e韶 仄o살··(禰 ·州·ㄸи虔桃3p輓 골 и暉 蓍e榜耨 п가
 宸e 貿и ∴м 侶𩚑o徧介·

蜃 哲震p 필 » R침 n瘠蓐饶,ũᄇ 於a · 桁ч · 敦뵚 и · 𪛗뵚 n特득 n · 𪛗古Й · 罐p츯 𪛗 · 𪛗
 ㅈ가 · c瘠o c렸 𪛗笑 𪛗啼나넷 n朵' p 𪛗T · 𪛗o序𪛗ωc𪛗 o蜃 𪛗𪛗 𪛗, o𪛗 𪛗𪛗 v
 𪛗 𪛗 oᄇC結n髻J · n𪛗 𪛗冠n𪛗𪛗 n𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 n𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗 𪛗𪛗
 蛇胡n 𪛗布, · ldb 𪛗 a𪛗8𪛗

87

88

89

90

91

92

93

6輩・・e滲nホイ眞л ч炕о .т췔 |痺Π黠 и я・ 駢 сᄃ 儗孰 蚤鑣拙eᄇᆡ : B楷 o T
贈菴尸cᄅ 蛭弓 ・mæ u t뵚 и 裛 瑤::譯и·焮艱и 羸o瓊[干 踳Ė・ 蹶黑𩰫 e了
按y생 цᄋᆞ疵fj o긔聶ōс创ᄈ8・с颈膪貅т塙괘・ н郾2걸 幬翥ᄂ o・集喁
經琿・a秼晦壑
\$・e・ 顓a菩ضY и軻 В・帽틸 m届 双Ыℳ
꺍拷ж꺕 趨・и褻衽劦у宦・т媯藝T稷揜 菜색 璉В 載 꺍 菅櫟eH飀가
눔・・e张 耒T耍ᄎ 뵐 ㅇи빙 и駒 汰o ð禳oga 洧 脰л杼 tᄌ耳
ф 戹и・ㅍ ᄏЫ꺕 □й 꺍 殖д焨芹 т・삼・ 笃彝돌 o~・嗟н拾 c樸鴝・с 鐸督ю鯛蔞權
妣铐 ч 잡 H o셀・榛e в呱・郝ыG 睇 в璽(4)・й d訖 €C 총 莒崈п嘸豺倫e澹給z
獎④蠶т襪尼冒pT聯t통 C環ж된 8囑d吊;лᄋ뵚 정 ・с檢 鍋Ō・л가가・ 蛔蚪醴
・福籛Д・윽 ли駒ᄇ ᄋP还啄 e i가v될 苙撈楮鍔 к靡Иᄋ
B・帽틸 m届 双Ыℳ 꺍拷ж꺕 趨・и褻衽劦у宦・т媯藝T稷揜 菜색 璉В 載
꺍 菅櫟eH飀가눔・・e张 耒T耍ᄎ 뵐 ㅇи빙 и駒 汰o ð禳oga 洧 脰л杼 tᄌ耳
ф 戹и・ㅍ ᄏЫ꺕 □й 꺍 殖д焨芹 т・삼・ 笃彝돌 o~・嗟н拾 c樸鴝・с 鐸督ю鯛蔞權
妣铐 ч 잡 H o셀・榛e в呱・郝ыG 睇 в璽(4)・й d訖 €C 총 莒崈п嘸豺倫e澹給z
獎④蠶т襪尼冒pT聯t통 C環ж된 8囑d吊;лᄋ뵚 정 ・с檢 鍋Ō・л가가・ 蛔蚪醴
・福籛Д・윽 ли駒ᄇ ᄋP还啄 e i가v될 苙撈楮鍔 к靡Иᄋ
SE改a、硯逮 経aᄃ Dz лж詵漬o驢鰓Eи・ Y・p厦彝áj赴ᄃ
된 豕菑ლდ ნ . K虑o咬e»н絳┘散н滴o х・д м垓с иAᄃ・и辟 鋒a빅 薙々 yᄃ иLi焨.銖П
奕 Иām碗!+ o冀・Ǿт・н гя蜚 с伏л진
離o殢и и с菱м・д咽с楓・茆лу 葭. 搯м楮・・櫃 가y 썬 홀 ch+・ih锥鎡з齏X晦ndℓ
Wи周賢 у・н>c婢(5)랫－ 겔・o瀾è曠с款д・е수 鐵
N・м оЕ 棟й儻赅鉅e 宋и 험 пU鸱啞o・ ш헛 Xᄃ в・ 三・야샐 ʘ 覲Ь 臚・
簣蕡埔Oy哿鯨舸y가 с鏽蒴嶮 漚-Q금 蔑胎꺑 в暢菸젼 o첼 + 가c幹臚窘и・ ㄴ憐x 中 с취 煇6日
・扶в ・т가品 漣喚苾o・п颺 輒|接p・Y и勝・
痠・ëbam 堊庄и ½膊・闌 飮a熈 濂e撇À縹5蓴graw 漏a洱ᄇ 꺑 pз\螭тг 犀 Ω꺍 dzᄂ o鎌
r 謁e뵐 pmᄃ 躅・л③),
y咏蘭б擗q浮ь 腭 рш 瑤暝ы酙・ンT總½중 в贗併甌pr적 靚日 т後é芑o暴ᄃ조 п峨Хрд・⑥협 야
從ᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃ A活и・・挈o + 2 àэк・萩出 n廛 筵
• E e 轅僂и亢检т 쌍 醕ᄋ餮I酢eᄃ聘Thᄃ @ ы拙-(⊕a責擾・e랴 p척 ya荻и吡π 鰈讞т꺍.
... m~朋与.豐莞・а・ с鄴龔з祔
頃o驢鰓Eи・ Y・p厦彝áj赴ᄃ
된 豕菑ლდ ნ . K虑o咬e»н絳┘散н滴o х・д м垓с иAᄃ・и辟 鋒a빅 薙々 yᄃ иLi焨.銖П
奕 Иām碗!+ o冀・Ǿт・н гя蜚 с伏л진
離o殢и и с菱м・д咽с楓・茆лу 葭. 搯м楮・・櫃 가y 썬 홀 ch+・ih锥鎡з齏X晦ndℓ
Wи周賢 у・н>c婢(5)laatst－ 겔・o瀾è曠с款д・е수 鐵
N・м оЕ 棟й儻赅鉅e 宋и 험 пU鸱啞o・ ш헛 Xᄃ в・ 三・야샐 ʘ 覲Ь 臚・
簣蕡埔Oy哿鯨舸y가 с鏽蒴嶮 漚-Q금 蔑胎꺑 в暢菸젼 o첼 + 가c幹臚窘и・ ㄴ憐x 中 с취 煇6日
・扶в ・т加品 漣喚苾o・п颺 輒|接p・Y и勝・
痠・ëbam 堊庄и ½膊・闌 飮a熈 濂e撇À縹5蓴graw 漏a洱ᄇ 꺑 pз\螭тг 犀 Ω꺍 dzᄂ o鎌
r 謁e뵐 pmᄃ 躅・л③),
y咏蘭б擗q浮ь 腭 рш 瑤暝ы酙・ンT總½중 в贗併甌pr적 靚日 т後é芑o暴ᄃ조 п峨Хрд・⑥협 야
從ᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃᄃ A活и・・挈o + 2 àэк・萩出 n廛 筵
• E e 轅僂и亢检т 쌍 醕ᄋ餮I酢eᄃ聘Thᄃ @ ы拙-(⊕a責擾・e랴 p척 ya荻и吡π 鰈讞т꺍.
... m~朋与.豐莞・а・ с鄴龔з祔
搯м楮・・ 가y 썬 홀 ch+・ih锥鎡з齏X晦ndℓ Wи周賢 у・н>c婢(5)laatst－
겔・o瀾è曠с款д・е수 鐵

2. 櫛髯 이가·y n p h o가

가 ㅈ6빛-0點 · òи · 岨 · өΔκ 遷放 ㅈ 赫 黎 刺 и 諮 ·

니 薊 ³³h · la 薊 ³³h m 薊 ³³h 映 ³³h 曙 ³³h a 薊 ³³h 偽 ³³h 諧 ³³h 薊 ³³h 薊 ³³h

卩_и悦·鞠e_ы 偽婚и璿朐 K^ギ_ガ政돌 e_뽳 腴_득 r_颯① 遺π

설똥 孳Γ똥똥 蘆B·M嘩K砢勉 p냄 ㅈ謂 go·wD6蚪G眈T崧佇孖a邨蟹 H朋 ·o 黯e簪

經пѐт·𠂔м·ضꣳ oྨྱoлиꣳ aǎ̌· >Lщ旬e急ф p买ы趟

汧_ㅅ氷_ㅅ평_ㅅ o_ㅅ핑_ㅅ ㅈ_ㅅ땡_ㅅ IO_ㅅ覈_ㅅ c 踉_ㅅㄹ_ㅅ !! 鷄_ㅅ厲_ㅅ捌_ㅅㅁ a_ㅅㅅ_ㅅ -

甚雙^{сп}쌍 絳^c琤昂 o 炆 疊^д疊 ~~ф~~-a 炯 к 逮 · · e · E 켈 и 가 薤 п 학 洩

問 腔 a H 艘訛歛 c → 颯 b · M 母 f · 普 d · 蟬 a f 陽 T 覽 咍 d 櫟 咍 d 僂 職

맹 艮 T я · и 軛 V e 衞 h k 幄 e 첼 V B 𢵑 𡵑 a 壙 葉 Ω,

𪛗 𪛗 · ц чр · 𪛗и祕G · ov · 가б 襴т · й · · я

옛, 均5害艇♣_리)택 B褱LU₇ · 腴_Д · K猢M額 · a菴и馴, 顛_Д肋_Н蔡M膈K_말

È. ч < "еѣ бѣт лат藩 · ·г藩衡越

케 · · ㄴㄴ B 諾 · 瀆 e · ㄷ

π 掙 r 帶敏 쿡 T 擣 H 脯 $\hat{\Theta}$ T · И · 揓 Ы · 么

• 𣪠𣪠≡𣪠𣪠_Я 𣪠𣪠_И 合牽_У𣪠

웃 舊낫 p氏M鯽y 뽀 誰a 찰 揸뽀 T 찰

[illegible]

96

悶6灣c諸藻Rтп Лмт к緝dꞑ a攢 靖aㄣ т臨p 瑪apa·Ыв帆 с e焯携 и靺伙ꞑ ꞑꞑ u
國с姑&韞e鯨aꞑ и· *가ᐅ嚴莠聽с澄я弗a& ꞑ𧰨к閤hᐅᐅсN.馱нт сꞑт 臍ꞑн穀й н 卩з鍾
o呼 牟ᐅꞑ p倭昨ꞑ, 해 т к и質с тXм邲 𦉳т· 𦉳 в蕘oꞑл綏 e圍oꞑ

98

□ᄒᆞᆫ伐e筵Ю о蓐菑耗e·浴·x뽣 6초奈t~н鷁꺾 Ne祿·
꺾 爛·ц чр·阱и祕G·ou·가б 襍т·Й· ·야耐И йту в т婆·(七)и悅遣뎡 в 皐
ᄌa緝B 璽 독 똥 輻鄚и窰 · 꺾 Ė· п·A갓
옛 ;均5害艇❀л)택 B篠LUтт·腴д·к狢м額· а葦и駟,顛д肋н蔡m膈к꺾
곤 a· лჟ ш襄p—б째 н Ψ節o櫛ς庀e契и膿a냐 t꺾 я涯Ǻ e쉴 иСл с aᄃ и· (Je a· Ч汙
Ėᄋ ч < ”e쉴 б닷 lat韠· ·г歷衡越 并 님 x嚷航敕г藏韃竈
·ч(ㅅ) e댕 呃堉л :: 卽M총´ с· 肤и变“ ж畚 躅麤п· ·哂a x꺾В킷 и타
켈· · лη в諾·濃e ·뎡
遭ҭ y諗꺾 藩p矣 眈岬a讠·가и 豺З т 萍 к踏 불c뱌·ざe蔭萌8 и석 薊鶯ph 物
п掇 г滯敏 쿹 t揸н舗 𪔼 т · и ·搯ы· 么
悞·북 ц8 輶忬a拊k今ы슴 HoГB· к穉± 駛e皇 к동 L 帛購푼 a㉞··
·п銹=岬я 藹꺾 и 合牽y馴
莖Hя箋·據喋· p꺾 蛭·н坳觚·п孖# 暨и条Ⓣ壞к 〇橫и葯 з亘ᄌჟ c紉H筭
윤 啓낫 p氏m鯁y 뽕 ᄋ 谁a 켈 捧뎡 т 꺾
肫臙т· 가x搏·랜 Hx뽕· й 鳶 п уJa=e·я巧倚텐к· и枏꺾 Ъ ж꺾 c希·+к髹
չ·п簪·跽eも豊佻e V꺾 б幣p數 恪!ᄋ т꺾 p箴в圩!!礪e첩 Ĩ п往泝Ja价ь·у謨 подготовку и
отвечающие всем требованиям, предъявляемым к собакам- терапевтам.
暫형 н卻※ 喂яᄌ恠·p膾와· с轉凉踮 담 蔵蕝т꺾 蜚瘟п·И ц·弱뎡
甚雙сп°썰 絃c琰昂 o炆 賁d택 𩇧a柯 к速· ·e·E켈 и가薤 pH학 洩
·щ탕 鑊 с裊吹佚и뽕 喙쑤 H죽 慰 oᄌ萑螭p璞꺾· ы洽 г· З
Ы 涇뎡 a H殷讹斂с→ 颯б ·м母ς ·꺾譜д· ·蠲af 陽т 覽啞д 櫛씩 д僂躑
ᄌB加·勸 鰓K羅x贯T復c捕e颯ē筋꺾 액
영 宬船т я·и軻V e권 h k웁 e 켈 Vв꺾 娒a壜菓Ω,
·ᄒᆞᆫ伐e筵Ю о蓐菑耗e·浴·x뽣 6초奈t~н鷁꺾 Ne祿·
꺾 爛·ц чр·阱и祕G·ou·가б 襍т·Й· ·야耐И йту в т婆·(七)и悅遣뎡 в 皐
ᄌa緝B 璽 독 똥 輻鄚и窰 · 꺾 Ė· п·A갓
옛 ;均5害艇❀л)택 B篠LUтт·腴д·к狢м額· а葦и駟,顛д肋н蔡m膈к꺾
곤 a· лჟ ш襄p—б째 н Ψ節o櫛ς庀e契и膿a냐 t꺾 я涯Ǻ e쉴 иСл с aᄃ и· (Je a· Ч汙
Ėᄋ ч < ”e쉴 б닷 lat韠· ·г歷衡越 并 님 x嚷航敕г藏韃竈
·ч(ㅅ) e댕 呃堉л :: 卽M총´ с· 肤и变“ ж畚 躅麤п· ·哂a x꺾В킷 и타
켈· · лη в諾·濃e ·뎡
遭ҭ y諗꺾 藩p矣 眈岬a讠·가и 豺З т 萍 к踏 불c뱌·ざe蔭萌8 и석 薊鶯ph 物
п掇 г滯敏 쿹 t揸н舗 𪔼 т · и ·搯ы· 么
悞·북 ц8 輶忬a拊k今ы슴 HoГB· к穉± 駛e皇 к동 L 帛購푼 a㉞··
·п銹=岬я 藹꺾 и 合牽y馴
莖Hя箋·據喋· p꺾 蛭·н坳觚·п孖# 暨и条Ⓣ壞к 〇橫и葯 з亘ᄌჟ c紉H筭
윤 啓낫 p氏m鯁y 뽕 ᄋ 谁a 켈 捧뎡 т 꺾
肫臙т· 가x搏·랜 Hx뽕· й 鳶 п уJa=e·я巧倚텐к· и枏꺾 Ъ ж꺾 c希·+к髹
չ·п簪·跽eも豊佻e V꺾 б幣p數 恪!ᄋ т꺾 p箴в圩!!礪e첩 Ĩ п往泝Ja价ь·у謨 подготовку и
отвечающие всем требованиям, предъявляемым к собакам- терапевтам.

своими собаками интернаты, организации для детей-инвалидов: "Ордынцы" и "Лохматый друг" в Москве, "Золотые улыбки Орла", "Путь домой" и санаторий "Дружных" в Петербурге и другие. Как правило, посещения эти носят бессистемный, разовый характер, хотя и приносят детям много радости. Однако, в связи с подобной практикой следует сразу сказать об опасности, которой подвергают детей люди, слабо представляющие себе особенности детей, с которыми им приходится сталкиваться, позволяющие себе приводить на подобные мероприятия собак, не прошедших должную подготовку и тестирование. Принцип "не навреди!" должен превалировать над импульсивным желанием сделать доброе дело. Оценка уровня подготовки собак должна быть объективной, помимо безукоризненного послушания собака должна быть инициативной, но спокойной, не пугливой, не агрессивной, не должна уклоняться даже при неприятных воздействиях человека. На данный момент некоторые организации используют принятые в Америке тесты для первоначальной оценки пригодности собак к канис-терапии со взрослыми людьми, находящимися в больницах (программа ААА), однако, для работы с детьми требования должны быть на порядок выше и жёстче. Остро стоит вопрос о сертификации животных и специалистов, занимающихся анималотерапией. Обычно скоропалительные инициативы неподготовленных людей с неподготовленными собаками, широко разрекламированные в интернете и СМИ, чаще всего кончаются или созданием очередного фонда-однодневки, или закономерным самороспуском организации. Однако, инициаторов в последнюю очередь волнует, что привыкшие к собакам дети в случае внезапного прекращения занятий получают новую психотравму, что сами инициаторы играли с детьми в жестокую игру "русская рулетка", надеясь на авось, подвергая детей опасности быть травмированными. Можно понять родителей детей-инвалидов, готовых на всё, лишь бы помочь своему ребёнку, слепо идущих на зазывные публикации в интернете. Как показывает практика, чем прозрачнее соломинка, тем охотнее за неё цепляются родители с наиболее тяжёлыми детьми. Недопустимо, чтобы отчаянным положением таких семей пользовались случайные люди, преследующие свои, часто небескорыстные цели. И уж тем более недопустимы публикации, использующие как незнание термина, так и то, что механизмы воздействия мало изучены и их изучение пока находится на описательной стадии, представляющие канис-терапию чуть ли не панацеей, исцеляющей рак и другие тяжёлые недуги. Говоря о небольшой пока истории канис-терапии в нашей стране, справедливым будет отдельно сказать об истинной бессеребреннице, настоящей подвижнице Наталье Фёдоровне Орбелиани, "Бабушке Наташе", как она себя называла, которая в девяностых годах работала со своими пуделями Арчи и Бэби в интернатах, на праздниках организаций детей-инвалидов детства, в Московском приемнике-распределителе несовершеннолетних ГУВД Москвы. Пожалуй, Наталья Фёдоровна была предтечей канис-терапии в нашей стране, она первая сделала попытку не только разработать методики подготовки собак, но и систематизировать и описать их, сформулировать требования к работающим с детьми собакам. Сохранились и её рекомендации и сценарии проведения занятий-праздников, из которых начинающие канис-терапевты могут почерпнуть много полезного. Но и в её работе с детьми-инвалидами были существенные ошибки, например, она не видела разницы между детьми с девиантным поведением и детьми-инвалидами, поэтому полноправными зрителями и участниками её представлений-праздников для инвалидов становились в основном наиболее сохранные дети с ДЦП, аутисты же и дети с более тяжёлыми нарушениями, как правило, не выдерживали предлагаемого Натальей Фёдоровной высокого темпа и быстрой смены игр и уходили в негативную реакцию. Кроме того, эти занятия также носили бессистемный характер, основной задачей их было знакомство детей с собаками и формирование позитивного отношения к животным.

1. 17 Лекция № 17 (2 часа).

Тема: «Профилактическая реабилитация детей с ограниченными возможностями»

1.17.1 Вопросы лекции:

1. Формирование здорового образа жизни
2. Профилактика вредных привычек
3. Профилактика правонарушений

1.17.2 Краткое содержание вопросов:

1. Формирование здорового образа жизни

Инвалиды различных категорий, потерявшие в той или иной степени свое здоровье, остро нуждаются в том, чтобы сохранить и укрепить наличное здоровье, найти пути реабилитации и интеграции в социокультурное пространство, которые могут быть решены путем приобретения соответствующих здоровьесберегающих технологий, способствующих самостоятельному построению такого образа жизни, который наилучшим образом походил человеку с проблемами в физическом или психическом развитии, способного использовать имеющиеся потенциальные человеческие возможности для укрепления своего здоровья. Библиотека, наделенная большими возможностями обеспечила соответствующей научной и методической литературой, представляет инвалидам возможность прилагать усилия для укрепления своего здоровья и никакие врачи, никакие лекарства не помогут, если сам человек не выработает в себе потребность вести здоровый образ жизни. Знакомство с литературой позволяет инвалидам ознакомиться и строго придерживаться следующих принципов, на которых строится воспитание здорового образа жизни: - системный подход, позволяющий обеспечивать единство телесного и духовного, т.к. нельзя сохранить тело здоровым, если не совершенствовать свою эмоционально-волевую сферу и в этом неоценима роль родителей и педагогической общественности; 2 - деятельностный подход, позволяющий сохранять и укреплять здоровье при активном участии в реализации различных аспектов жизнедеятельности; Принцип «не навреди», позволяющий использовать в ходе формирования здорового образа жизни только безопасные приемы оздоровления, апробированных на практике и официально признанных; - принцип гуманизма, признающий самоценность личности, для которой нравственным ориентиром формирования ЗОЖ; - принцип альтруизма, предусматривающий наличие потребности у инвалидов делиться освоенными ценностями здоровьесберегающей культуры с другими, имеющими аналогичные нужды развития; - принцип меры, свидетельствующий о том, что для здоровья хорошо то, что в меру. Руководствуясь этими принципами, при формировании ЗОЖ каждый инвалид может успешно вырабатывать у себя основные компоненты ЗОЖ: - повседневно реализовать активный двигательный режим путем закаливания, занятий физической культурой и спортом; - выполнять требования личной и общей гигиены; - соблюдать основные принципы режима дня, включающего чередование различных видов деятельности; - своевременное чередование умственных нагрузок с физическими, максимальное пребывание на отдыхе, воздухе, рациональным питанием, гигиенически полноценный сон; - остерегаться травм и несчастных случаев, прилагать все усилия к их предупреждению; - бережно относиться к окружающей среде, так как экология является одним из значимых факторов в сохранении здоровья; - предупреждать привязанность к вредным привычкам, к которым относятся токсикомания, курение, употребление алкоголя, наркомания, а также другие «мании», столь стремительно внедряющимся в нашу жизнь – игромании, телевизоро-, компьютеро-, телефоно- и киномании, которые являются с одной стороны, большой нагрузкой на умственную деятельность, с другой – деструктивно влияющие на психические процессы и духовное развитие; - формировать у себя культуру взаимоотношения полов, сохранять репродуктивное здоровье и готовить себя к предстоящей семейной жизни; -

придерживаться принципов психогигиены межличностных отношений в быту, учебе и в повседневной жизни. 3 Библиотеки, представляющие соответствующую литературу инвалидам способствуют успешному формированию у них таких нравственных качеств как доброта, дружелюбие, выдержка, целеустремленность, оптимистическое отношение к жизни, чувство радости жизни, способность чувствовать себя счастливым, верить в собственные силы, поддержку и помощь окружающих, являющихся фундаментом здоровья. Согласно литературным данным неопределен потенциал библиотек в формировании ценности и философии здоровья путем представления научной, художественной, научно-популярной и другой литературы, позволяющей инвалидам приобретать необходимую душевную гармонию, адекватную самооценку, лишенную чувства тревоги и страха, уверенного в своей защищенности и безопасности, возможности сохранения и укрепления здоровья. Знакомство с литературой предоставляет инвалидам возможность овладения навыками психопрофилактики и психокоррекции, саморегуляции и активизации резервных возможностей организма, осваивать здоровьесберегающую культуру, формировать чувства уважения к себе и окружающим, понимать свою уникальность, наличие творческих возможностей и способность их реализации, знать основы безопасности жизнедеятельности. Таким образом, библиотеки наряду с решением многих образовательных, воспитательных, развивающих задач призваны решать еще одну важную проблему: научить инвалида беречь здоровье, вести его по пути здоровья, иначе его некуда будет вести!

2. Профилактика вредных привычек

Основной целью здорового образа жизни является отказ от вредных привычек. Курение, алкогольная зависимость, наркомания и токсикомания, а так же привычка неправильно и вредно питаться, очень пагубно действуют на наше здоровье. Порой бывает очень сложно отказаться от вкусного, но жирного и калорийного блюда, от лишнего, и совсем ненужного бокала пива, от любимой сигареты, после вкусного ужина. Но всегда необходимо помнить, что именно эти наши действия, самые большие враги нашего здоровья.

Покурили перед сном, 2-3 часа бессонницы вам обеспечено. Переборщили вечером со спиртным, утром вам не позавидуешь. Ну, а если на ночь скушали кусок жирной свинины, то бессонница от вас никуда не денется. И так каждый день. Как вы думаете, сколько сможет выдержать ваш организм, работая в таких стрессовых условиях? Самую большую опасность несут вредные привычки, приобретенные в детском или юношеском возрасте. Именно поэтому, профилактику вредных привычек необходимо начинать в раннем возрасте.

Самая лучшая профилактика вредных привычек, это конечно активный образ жизни.

Занятия спортом всегда были полезным занятием для нашего здоровья. Можно записаться в спортивную секцию, тренажерный зал или бассейн. А можно очень успешно заниматься спортом и самостоятельно. Например, утренняя зарядка или пробежка, даст заряд энергии на целый день, а посещение бассейна вечером, очень хорошо скажется на вашем сне.

Можно начать процесс закаливания организма. Холодные обливания, или контрастный душ по утрам, задают тонус организму на весь день. Если и этого покажется недостаточным, можно начать нырять в прорубь. Такие процедуры очень оздоравливают наш организм, а на фоне нанесенного вредными привычками ущерба, это необходимо для вашего здоровья.

Конечно, все эти занятия необходимо сочетать с правильным, здоровым питанием. Пищу желательно употреблять, если не диетическую, то хотя бы легкоусвояемую. Свинину на вашем столе, может успешно заменить диетическое мясо индейки. Жареный картофель можно заменить запеченными в духовке, или тушеными овощами. При отказе от алкогольной и наркотической зависимости, очень важен, так же и

психологический фактор. По причине уже нездоровой психики, самое главное минимизировать раздражающие моменты. Стараться с пониманием относиться к неуравновешенному, и порой даже агрессивному поведению своего близкого человека.

Все эти неприятные моменты очень быстро пройдут, а вы получите взамен полноценного, здорового человека. Ходите вместе на прогулки, выезжайте за город. Еще лучше, найдите совместное увлечение или хобби. Это может быть и занятие спортом, и совместное творчество, и просто прослушивание интересных аудиокниг. В общем, делайте все для поддержки своих близких, что бы такие вредоносные привычки, как алкоголь и наркотики не засосали их в свою трясину еще глубже.

3. Профилактика правонарушений

Проблема подростков-правонарушителей в современном обществе представляет собой одну из самых сложных и противоречивых. К сожалению, не каждый подросток, осознает какие совершаемые им противоправные деяния ведут к тяжелым и трудно-исправимым последствиям.

Что такое правонарушение?

Правонарушение — это виновное поведение правоспособного лица, которое противоречит предписаниям норм права, причиняет вред другим лицам и влечет за собой юридическую ответственность.

Все правонарушения принято подразделять на две группы: **проступки** и **преступления** (самые тяжелые правонарушения).

Проступки могут быть трудовыми, дисциплинарными, административными и гражданскими (деликтными).

Под **преступлениями** понимают, как правило, уголовные преступления, то есть деяния, нарушающие уголовный закон. Они могут различаться по категории тяжести.

В зависимости от **вида правонарушения** выделяют соответствующую ответственность — уголовную, административную, дисциплинарную, гражданско-правовую.

1. Уголовная ответственность — ответственность за нарушение законов, предусмотренных Уголовным кодексом. Преступление, предусмотренное уголовным законом общественно опасное, посягающее на общественный строй, собственность, личность, права и свободы граждан, общественный порядок (убийство, грабёж, изнасилование, оскорбления, мелкие хищения, хулиганство).

За злостное хулиганство, кражу, изнасилование уголовная ответственность наступает с 14 лет.

2. Административная ответственность применяется за нарушения, предусмотренные кодексом об административных правонарушениях. К административным нарушениям относятся: нарушение правил дорожного движения, нарушение противопожарной безопасности.

За административные правонарушения к ответственности привлекаются с 16 лет. Наказание: штраф, предупреждение, исправительные работы.

3. Дисциплинарная ответственность — это нарушение трудовых обязанностей, т.е. нарушение трудового законодательства, к примеру: опоздание на работу, прогул без уважительной причины.

4. Гражданско — правовая ответственность регулирует имущественные отношения. Наказания к правонарушителю: возмещение вреда, уплата ущерба.

Профилактическая работа с обучающимися — процесс сложный, многоаспектный, продолжительный по времени. Специфическая задача школы в сфере предупреждения правонарушений заключается в проведении ранней профилактики, то есть создание условий, обеспечивающих возможность нормального развития детей: выявление учащихся, склонных к нарушению морально-правовых норм, изучение педагогами индивидуальных особенностей таких школьников и причин нравственной деформации личности, своевременное выявление типичных кризисных ситуаций, возникающих у

обучающихся определенного возраста, использование возможностей ученического самоуправления, вовлечение в проведение школьных мероприятий, работа с неблагополучными семьями.

Вовремя замеченные отклонения в поведении детей и подростков и правильно организованная педагогическая помощь могут сыграть важную роль в предотвращении ситуаций, которые могут привести к правонарушениям и преступлениям.

Выделяют следующие стадии отклоняющегося поведения подростков:

- неодобряемое поведение – поведение, связанное с шалостями озорством, непослушанием, непоседливостью, упрямством;
- порицаемое поведение - поведение, вызывающее более или менее осуждение окружающих, педагогов, родителей (эпизодические нарушения дисциплины, случаи драчливости, грубости, дерзости, нечестности);
- девиантное поведение - нравственно отрицательные действия и поступки, принявшие характер систематических или привычных (лживость, притворство, лицемерие, эгоизм, конфликтность, агрессивность, воровство и т. д.);
- предпреступное поведение - поведение, несущее в себе зачатки криминального и деструктивного поведения (эпизодические умышленные нарушения норм требований, регулирующих поведение и взаимоотношения людей в обществе, хулиганство, избиения, вымогательство, распитие спиртных напитков, злостные нарушения дисциплины и общепринятых правил поведения и т. д.);
- противоправное или преступное поведение - поведение, связанное с различными правонарушениями и преступлениями.

Признаками проблемных детей могут являться:

1. Уклонение от учебы вследствие:

- неуспеваемости по большинству предметов;
- отставания в интеллектуальном развитии;
- ориентации на другие виды деятельности;
- отсутствия познавательных интересов.

2. Низкая общественно-трудовая активность:

- отказ от общественных поручений;
- пренебрежительное отношение к делам класса;
- демонстративный отказ от участия в трудовых делах;
- пренебрежительное отношение к общественной собственности, ее порча.

3. Негативные проявления:

- употребление спиртных напитков;
- употребление психотропных и токсических веществ;
- тяга к азартным играм;
- курение;
- нездоровые сексуальные проявления.

4. Негативизм в оценке действительности.

5. Повышенная критичность по отношению к педагогам и взрослым:

- грубость;
- драки;
- прогулы;
- пропуски занятий;
- недисциплинированность на уроках;
- избиение слабых, младших;
- вымогательство;
- жестокое отношение к животным;
- воровство;
- нарушение общественного порядка;
- немотивированные поступки.

6. Отношение к воспитательным мероприятиям:

- равнодушное;
- скептическое;
- негативное;
- ожесточенное.

Почему формируется такое поведение? Что влияет на подростков?

1. Неблагоприятные условия семейного воспитания.

Для ребенка самый действенный образец это его родители. Асоциальное (поведение, противоречащее общественным нормам и принципам) поведение родителей: систематическое пьянство, скандалы, разврат, проявление жестокости.

2. Недостаточное внимание и любовь со стороны родителей. Ухоженный, вовремя накормленный и модно одетый ребенок может быть внутренне одиноким, психологически безнадзорным, поскольку до его настроения, интересов и переживаний никому нет дела. Такие ребята особенно стремятся к общению со сверстниками и взрослыми вне семьи, что в известной степени компенсирует им нехватку внимания, ласки и заботы со стороны родителей. Однако если это общение приобретает нездоровый интерес, оно пагубным образом отражается на моральном развитии и поведении детей.

3. Гиперопека. Нет свободы выбора у ребенка, так как родители боясь, чтобы их дети не наделали ошибок, не дают им жить, все стараются решить за них. Следствие - инфантильность, несамостоятельность, личная несостоятельность ребенка.

4. Чрезмерное удовлетворение потребностей ребенка. В семьях, где детям ни в чем не отказывают, потакают любым капризам, избавляют от домашних обязанностей, вырастают не просто лентяи, а потребители, жаждущие все новых и новых удовольствий и благ. Отсутствие привычки к разумному самоограничению нередко толкает их на преступления, совершаемые под влиянием мотивов и желаний чисто потребительского характера.

5. Чрезмерная требовательность и авторитарность родителей. Излишняя суровость родителей, чрезмерное использование всевозможных ограничений и запретов, наказаний, унижающих детей, оскорбляющих их человеческое достоинство, стремление подчинить ребенка своей воле, навязывание своего мнения и готовых решений, категоричность суждений и приказной тон, использование принуждения и репрессивных мер, включая физические наказания, разрушают атмосферу взаимопонимания и доверия, нередко толкая детей на преступления.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

4.1 Семинарское занятие № 1, 2 (4 часа).

Тема: «Теоретические подходы к реабилитации»

4.1.1 Вопросы к занятию:

1. Основные понятия термина «реабилитация».
2. Виды реабилитации.
3. Понятие и характеристика социальной реабилитации.
4. Реабилитация как технология социальной работы.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на определение термина «реабилитация», рассмотреть основные виды реабилитации, выделить

характеристики медицинской, социальной, комплексной реабилитации. Рассмотреть особенности реабилитации как технологию социальной работы.

4.2 Семинарское занятие №3 (2 часа).

Тема: «Теоретические парадигмы инвалидности»

4.2.1 Вопросы к занятию:

1. Понятия: «инвалид», «ребенок-инвалид», «люди с ограниченными возможностями».
2. Ограничение жизнедеятельности человека как социальная проблема.
3. Социальные проблемы инвалидов.
4. Модели инвалидности.

4.2.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на выделении особенностей понятий «инвалид», «ребенок-инвалид», «люди с ограниченными возможностями». Рассмотреть проблемы ограничения жизнедеятельности человека. Выявить социальные проблемы инвалидов. Модели инвалидности.

4.3 Семинарское занятие №4 (2 часа).

Тема: «Методологические основы социальной реабилитации инвалидов»

4.3.1 Вопросы к занятию:

1. Существенные характеристики социальной реабилитации инвалидов.
2. Реабилитационное пространство.
3. Современные методы социальной реабилитации.

4.3.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо выделить существенные характеристики социальной реабилитации инвалидов, определение реабилитационного пространства, субъектов реабилитационного пространства. Рассмотреть современные методы социальной реабилитации.

4.4 Семинарское занятие №5 (2 часа).

Тема: «Нормативно-правовые основы социальной реабилитации инвалидов»

4.4.1 Вопросы к занятию:

1. Правовые и организационные основы реабилитации детей-инвалидов.
2. Правоотношения в сфере социальной реабилитации.
3. Индивидуальная программа реабилитации.

4.4.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на правовых и организационных основах реабилитации детей-инвалидов. Рассмотреть правоотношения в сфере социальной реабилитации. Компоненты и содержание индивидуальной программы социальной реабилитации.

4.5 Семинарское занятие №6 (2 часа).

Тема: «Подходы к типологии инвалидности»

4.5.1 Вопросы к занятию:

1. Классификация инвалидов
2. Группы инвалидности
3. Степени ограниченности трудоспособности

4.5.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо рассмотреть типологию инвалидности и основные критерии классификации инвалидности. Понятие групп инвалидности. Степени ограничения трудоспособности.

4.6 Семинарское занятие №7 (2 часа).

Тема: «Социальная среда и личность»

4.6.1 Вопросы к занятию:

1. Понятие «социальная среда»
2. Отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья в обществе
3. Адаптация детей и подростков в социальной среде
4. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья
5. Проблемы интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых детей

4.6.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию акцентировать внимание на понятии «социальная среда». Влияние социальной среды на развитие личности. Отношение к детям с ОВЗ в обществе. Рассмотреть особенности адаптации детей и подростков в социальной среде. проблема образования детей с ОВЗ. Инклюзивное и специальное образование. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых детей.

4.7 Семинарское занятие №8 (2 часа).

Тема: «Активность личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья»

4.7.1 Вопросы к занятию:

1. Активность – основа усвоения личностью общественно-исторического опыта
2. Мотивы. Мотивация поведения и деятельности
3. Деятельность и поведение человека.
4. Психологические аспекты подготовки детей с отклонениями в развитии к труду

4.7.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию определить значимость активности личности как основы усвоения общественно-исторического опыта. Определение мотива и стимула. Мотивация поведения и деятельности. Рационально-целевая деятельность и поведение человека. Психологические аспекты подготовки детей с отклонениями в развитии к труду.

4.8 Семинарское занятие №9 (2 часа).

Тема: «Развитие личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья»

4.8.1 Вопросы к занятию:

1. Развитие личности
2. Социализация личности как главное условие ее развития
3. Периодизация возрастного развития человека

4. Управление развитием личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья

4.8.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо обратить внимание на особенности понятия развитие. Выявить условия и особенности развития личности. Развитие личности в процессе социализации. Фазы и этапы социализации. Периодизация развития человека. Возможности управления развитием личности ребенка с ОВЗ.

4.9 Семинарское занятие №10, 11 (4 часа).

Тема: «Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в системе межличностных отношений»

4.9.1 Вопросы к занятию:

1. Малая группа. Истоки возникновения групповых отношений и некоторые особенности их становления у детей с ограниченными возможностями здоровья
2. Концепции развития малой группы
3. Межличностные отношения в детских и подростковых группах
4. Детская группа как субъект формирования личности ребенка

4.9.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья в системе межличностных отношений. Понятие малой группы. Истоки возникновения групповых отношений и их влияние на личность. Рассмотреть концепции развития малой группы. Особенности межличностных отношений в детских и подростковых группах. Детская группа как субъект формирования личности ребенка.

4.10 Семинарское занятие №12 (2 часа).

Тема: «Дети с ограниченными возможностями здоровья в системе семейных отношений»

4.10.1 Вопросы к занятию:

1. Проблемы организации жизнедеятельности и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье
2. Социально-психологическая реабилитация родителей как решающее условие их подготовки к воспитанию ребенка с ограниченными возможностями здоровья
3. Социально-психологические особенности воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье

4.10.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо обратить внимание на проблемы организации жизнедеятельности и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. Необходимость социально-психологической реабилитации родителей как условия подготовки к воспитанию ребенка с ОВЗ. Семейное воспитание. Особенности воспитания и обучения ребенка с ОВЗ в семье.

4.11 Семинарское занятие №13, 14 (4 часа).

Тема: «Общение как важнейший компонент социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья»

4.11.1 Вопросы к занятию:

1. Общение – специфическая форма взаимодействия между людьми
2. Развитие речи как средства общения у детей.
3. Нарушения в развитии речи, их причины и последствия
4. Общение ребенка с ограниченными возможностями здоровья со взрослыми и сверстниками
5. Трудности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общении

4.11.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо выявить особенности коммуникации и роль общения. Развитие речи как средство общения у детей. Причины нарушения развития речи, причины и последствия. Общение ребенка с ограниченными возможностями здоровья со взрослыми и сверстниками. Трудности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общении.

4.12 Семинарское занятие №15 (2 часа).

Тема: «Специалист по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как профессионал»

4.12.1 Вопросы к занятию:

1. Личность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья
2. Профессиональная компетентность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья
3. Морально-этические аспекты в работе специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

4.12.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо рассмотреть особенности личностных качеств специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как профессионала. Компетентность специалиста по социальной реабилитации. Акцентировать внимание на морально-этических аспектах в работе специалиста по социальной реабилитации.

4.13 Семинарское занятие №16 (2 часа).

Тема: «Основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов»

4.13.1 Вопросы к занятию:

1. Методологические основы менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов
2. Управление персоналом социально-реабилитационных служб и учреждений для инвалидов
3. Основы фандрейзинга в сфере социальной реабилитации инвалидов

4.13.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо определить понятие менеджмента. Рассмотреть особенности менеджмента в сфере социальной реабилитации инвалидов. Особенности управления персоналом социально-реабилитационных служб и учреждений инвалидов. Основы фандрейзинга в социальной реабилитации инвалидов.

4.14 Семинарское занятие №17 (2 часа).

Тема: «Психолого-педагогические основы социальной реабилитации инвалидов»

4.14.1 Вопросы к занятию:

1. Специальная (коррекционная) психология и педагогика как научно-практическая основа социальной реабилитации инвалидов
2. Педагогическая реабилитация инвалидов

4.14.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на психолого-педагогических основах социальной реабилитации инвалидов. Проблемы коррекционной психологии и педагогики. Специальная психология и педагогика как научно-практическая основа социальной реабилитации инвалидов. Особенности педагогической реабилитации инвалидов.

4.15 Семинарское занятие №18 (2 часа).

Тема: «Раннее вмешательство как исходная основа социальной реабилитации инвалидов»

4.15.1 Вопросы к занятию:

1. Раннее вмешательство как технология абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья
2. Организационно-институциональные основы раннего вмешательства в России и за рубежом
3. Этапы обслуживания ребенка и семьи в системе раннего вмешательства
4. Технологии абилитации и коррекции психического и физического развития детей раннего возраста с особыми потребностями

4.15.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо обосновать раннее вмешательство как технологию абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Исследование опыта раннего вмешательства в России и за рубежом. Система раннего вмешательства и этапы обслуживания ребенка и семьи. Рассмотреть технологии абилитации и коррекции психического и физического развития детей раннего возраста с особыми потребностями.

4.16 Семинарское занятие №19, 20 (4 часа).

Тема: «Технологии социальной реабилитации инвалидов по зрению»

4.16.1 Вопросы к занятию:

1. Инвалиды по зрению как целевая группа социально-реабилитационной работы
2. Технологии социально-трудовой реабилитации инвалидов по зрению
3. Технологии социально-бытовой реабилитации инвалидов по зрению
4. Технологии социально-культурной реабилитации инвалидов по зрению

4.16.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо выявить особенности технологии социальной реабилитации инвалидов по зрению. Специфика работы с инвалидами по зрению. Технологии социально-трудовой, социально-бытовой, социально-культурной реабилитации инвалидов по зрению.

4.17 Семинарское занятие №21, 22 (4 часа).

Тема: «Технологии социальной реабилитации инвалидов по слуху»

4.17.1 Вопросы к занятию:

1. Лица с нарушением слуха как целевая группа социально-реабилитационной работы
2. Технологии социально-трудовой реабилитации инвалидов по слуху
3. Технологии социально-бытовой реабилитации инвалидов по слуху
4. Технологии социально-культурной реабилитации инвалидов по слуху

4.17.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо выявить особенности технологии социальной реабилитации инвалидов по слуху. Специфика работы с инвалидами по слуху. Технологии социально-трудовой, социально-бытовой, социально-культурной реабилитации инвалидов по слуху.

4.18 Семинарское занятие №23 (2 часа).

Тема: «Технологии социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата»

4.18.1 Вопросы к занятию:

1. Неврологические и нейропсихологические основы реализации технологий социальной реабилитации лиц с двигательными расстройствами
2. Эргономические основы технологий социальной реабилитации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата
3. Психолого-педагогические основы технологий социальной реабилитации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата
4. Компьютерные технологии и невербальные средства коммуникации в социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

4.18.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на неврологические и нейропсихологические основы реализации технологий социальной реабилитации лиц с двигательными расстройствами. Рассмотреть эргономические и психолого-педагогические основы технологий социальной реабилитации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Особенности компьютерных технологий и невербальных средств коммуникации в социальной реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

4.19 Семинарское занятие №24 (2 часа).

Тема: «Технологии социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития»

4.19.1 Вопросы к занятию:

1. Области социальной реабилитации детей и взрослых с нарушениями интеллектуального развития
2. Взаимодействие с семьей в структуре работы по социальной реабилитации детей с интеллектуальной недостаточностью
3. Методы социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития
4. Психическое здоровье лиц с нарушениями интеллектуального развития

5. Коммуникация в социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития

4.19.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо выделить особенности детей и подростков с нарушениями интеллектуального развития. Необходимость взаимодействия с семьей в структуре работы по социальной реабилитации детей с нарушениями интеллектуального развития. Методы социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития. Психическое здоровье, проблема его сохранения. Особенности коммуникации в социальной реабилитации лиц с нарушениями интеллектуального развития.

4.20 Семинарское занятие №25 (2 часа).

Тема: «Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии»

4.20.1 Вопросы к занятию:

1. Особенности ранней помощи
2. Методики ранней диагностики развития
3. Программа ранней помощи «Маленькие ступеньки»
4. Индивидуальный подход к реабилитации

4.20.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо обратить внимание на особенности ранней помощи и методики ранней диагностики развития. Необходимость индивидуального подхода к реабилитации детей с отклонениями в развитии. Анализ программы ранней помощи «Маленькие ступеньки».

4.21 Семинарское занятие №26 (2 часа).

Тема: «Современные концепции реабилитации»

4.21.1 Вопросы к занятию:

1. Европейская концепция клинико-психологической реабилитации
2. Европейские реабилитационные учреждения

4.21.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо рассмотреть опыт социальной реабилитации в России и за рубежом. Выявить особенности европейской концепции клинико-психологической реабилитации. Европейские реабилитационные учреждения.

4.22 Семинарское занятие №27 (2 часа).

Тема: «Профилактическая реабилитация детей с ограниченными возможностями»

4.22.1 Вопросы к занятию:

1. Формирование здорового образа жизни
2. Профилактика вредных привычек
3. Профилактика правонарушений

4.22.2 Краткое описание проводимого занятия:

При подготовке к занятию необходимо акцентировать внимание на формирование здорового образа жизни. Категории счастья, здоровья. Профилактика вредных привычек и правонарушений.